

PATIENTFORMULÄR för PTH-behandling**Uppföljning**3 mån 6 mån 12 mån 18 mån 36 mån

Personnummer	Efternamn, förnamn	Datum 20 - -
--------------	--------------------	-----------------

1. Har Du noterat några biverkningar? Ja Nej

Om ja:

Vilka? _____

2. Har Du missat några injektioner? Ja Nej

Om ja:

Hur många? _____

3. Har Du haft ont i ryggen senaste månaden? Ja Nej

4. Ange hur ont Du har haft i ryggen senaste veckan genom att dra ett streck tvärs över nedanstående linje:

Inte _____ Värsta
ont tänkbara
alls smärta

5. Har Du råkat ut för ny fraktur? Ja Nej

Om ja, vilken typ av fraktur?

Kota Höft Underarm/Handled Överarm/Axel Annan

6. Tar Du eller har Du tagit kortison-tabletter? Ja Nej

Om ja:

Vilken dos just nu?mg/dag

7. Tar Du eller har Du tagit kalk/vit D-tabletter? Ja Nej

Om ja:

Vilken dos just nu?st/dag

8. Tar Du eller har Du tagit östrogen? Ja Nej

Om ja:

Vilken dos just nu?st/dag

Preparatnamn