

PROTOKOLL FÖR PTH-BEHANDLING

Basdata

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

Diagnos		ICD 10
Reumatisk sjukdom:		

Aktuella mediciner och dosering: Bifoga en medicinlista!

Längd:	Vikt:	
Menopausålder:	Rökning: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Tid rökt	(Ytterligare detaljer se patientformulär punkt 9)

DXA (ej äldre än 3 månader)

Ländrygg	BMD g/cm ²	T-score
Totalhöft	BMD g/cm ²	T-score

Frakturer

Ryggsmärta senaste månaden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Rygg-VAS: _____ mm
Förekomst av frakturer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja , ange vilket år senaste frakturen inträffade: (Typ av fraktur, se patientformulär punkt 3)
Röntgen Bröst-ländrygg (ej äldre än 1 år)	Ange datum	Antal komprimerade kotor

Osteoporosbehandling

Tidigare osteoporosbehandling? (Se patientformulär punkt 6-7)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Bisfosfonater usatt datum:
--	--	----------------------------

EuroQual 5-D bifogas	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
----------------------	--

Indikation för behandling som ingår i läkemedelsförmånen - manifest osteoporos hos postmenopausala kvinnor

- Minst en tidigare benskörhetsrelaterad fraktur och som har ett bentäthetsvärde <-3 SD i ländrygg eller höft
- Minst en tidigare benskörhetsrelaterad fraktur och för vilka det dokumenterats att de på grund av biverkningar eller kontraindikationer inte tolererar bisfosfonatbehandling
- Trots pågående bisfosfonatbehandling drabbas av upprepade (minst två) benskörhetsfrakturer sedan behandlingen inleddes

Behandling utanför läkemedelsförmånens rabatter och/eller FASS-indikation

Ange vilken indikation:

Lab

Alb:	Ca:	ALP:	Kreatinin:
-------------	------------	-------------	-------------------

Valfri provtagning:

SR:	CRP:	Na:	K:
PTH:	TSH:	Osteocalcin:	CrossLaps:

Behandling

Calcium + vitamin D	Pågår sedan tidigare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Insatt idag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Forsteo 20µg per dag sc insatt	20 - -	
Behandlande läkare (texta)	Klinik	

Skickas tillsammans med patientformulären till Reumamottagningen, Ing 25 plan 2, UMAS, 205 02 MALMÖ