

PROTOKOLL FÖR PTH-BEHANDLING**Uppföljning - läkare**18 mån 36 mån

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

Ändring av mediciner? Bifoga i så fall en aktuell medicinlista!

Längd:	Vikt:
--------	-------

DXA

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
Nya frakturer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om Ja , ange när frakturen inträffade: (Typ av fraktur, se patientformulär punkt 5)
Röntgen Bröst-ländrygg	Ange datum	Antal komprimerade kotor

Livskvalitet

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

Har patienten upplevt några biverkningar som kan kopplas till Forsteobehandlingen? Ja Nej

Typ av biverkning

 Huvudvärk Illamående Annat, ange:**Compliance**

Har patienten missat några injektioner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hur många? Antal:
--	-------------------

Lab

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

Valfri provtagning:

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

Behandlingen avslutad

Forsteo avslutad	20 - -
Endast calcium + vitamin D <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Annan behandling insatt? Om Ja , ange vilket preparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Behandlande läkare (texta)	Klinik

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