

## PROTOKOLL FÖR PTH-BEHANDLING

### Uppföljning - sjuksköterska

3 mån 6 mån 12 mån 

Personnummer	Efternamn, förnamn	Datum <b>20</b> - -
--------------	--------------------	------------------------

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

#### 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 <b>Ja</b> , ange när frakturen inträffade: (Typ av fraktur, se patientformulär punkt 5)

#### 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:
--	-------------------

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