

HJELPESKJEMA – INKLUSJON (Versjon 3.1)

NAVN:

FØDELSNUMMER (11 SIFTER):



INKLUSJON - OBLIGATORISK

| | | | |
|--|--|---|---|
| ÅR DEBUT: <input type="text"/> | MND <input type="text"/> | DATO (DD.MM.YYYY) DIAGNOSE: <input type="text"/> | KONTROLLER (DD.MM.YYYY) Nest siste: <input type="text"/> |
| TYPE MS VED DEBUT: <input type="checkbox"/> RRMS <input type="checkbox"/> PPMS <input type="checkbox"/> Vet ikke | DIAGNOSESTED: <input type="text"/> | Siste: <input type="text"/> | Ukjent/Ny-diagnostisert: <input type="checkbox"/> |
| FØRSTE HENVISNING TIL NEUROLOG ETTER DEBUT: <input type="checkbox"/> Ukjent | | | |
| DATO HENVISNING: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ukjent | HENVIST FRA: <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> ØH <input type="checkbox"/> Øye avd. <input type="checkbox"/> Annen avd. <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/> Ukjent | Annet: <input type="text"/> | |
| DATO KONTAKT NEUROLOG: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ukjent | | | |

INKLUSJON – ANDRE OPPLYSNINGER

| | | |
|---|--|--|
| MANIFESTASJONER: <input type="checkbox"/> Pyramidal <input type="checkbox"/> Sensory <input type="checkbox"/> Brainstem <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Bowel & Bladder <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Cerebellar <input type="text"/> Other: | MR: <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke utført (DD.MM.YYYY) Dato: <input type="text"/> Utbredelse i: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Utbredelse i tid: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> | |
| KLINIKK V/DIAGNOSE: <input type="checkbox"/> Ukjent Angang: Ingen <input type="checkbox"/> Ett <input type="checkbox"/> ≥2 <input type="checkbox"/> Utfall: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | FREMKALTE RESPONSER <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke utført V/DIAGNOSE: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Patologisk VER: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | SPINALVÆSKE V/DIAGNOSE: <input type="checkbox"/> Ukjent <input type="checkbox"/> Ikke utført Oligoklonale bånd: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/> Forhøyet IgG index: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Isoeletrisk fokusering: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

SAMTYKKE

SPMS

Underskrevet: Ja Nei Biobanksamtykke: Ja Nei Overgang SPMS: Ja Dato: Nei Vet ikke

Samtykke for PROM underskrevet: Ja Nei Pasienten ønsker ikke å motta PROM lenger

ATTAKKER FREM TIL DIAGNOSE

| STARTDATO | KORTIKOSTEORIDER (Intravenøst/Peroral/Nei/Vet ikke) | SYKEHUSINLEGGELSE (Ja/Nei/Vet ikke) | SYSTEM PÅVIRKET (Pyramidal/Cerebellar/Brainstem/Sensory/Bowel & Bladder/Visual/Mental/Annet) |
|-----------|--|--|---|
| | | | |
| | | | |

BEHANDLING FØR OG EVENTUELT RETT ETTER DIAGNOSE

| MEDIKAMENT | STARTDATO | SLUTTDATO | ÅRSAK | DOSE | INTERVALL |
|------------|-----------|-----------|-------|------|-----------|
| | | | | | |
| | | | | | |

For Mavenclad kan pasientens vekt oppgis i stedet for Dose og Intervall

EDSS VED DIAGNOSE

| DATO | EDSS | I ATTAKK? | PYRAMI. | CEREBEL. | BRAINST. | SENSORY | B&B | VISUAL | MENTAL | ANNET | GANGE |
|------|------|-----------|---------|----------|----------|---------|-----|--------|--------|-------|-------|
| | | | | | | | | | | | |

MR I FORBINDELSE MED DIAGNOSE

| DATO | TOTALT ELLER NYE | T2/FLAIR | T2-PERIV | T2-JUXA | T2-INFRA | T2-RYGGM.CERV. | T2-RYGGM.THORA.LUMBAL | TIGD+ |
|------|------------------|----------|----------|---------|----------|----------------|-----------------------|-------|
| | | | | | | | | |

