

UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Sjukhus/klinik _____	Personnummer _____		
	Namn _____		
Klassifikation – fylls endast i vid omklassifikation			
<input type="checkbox"/> Hypofystumör <input type="checkbox"/> Hypofyscarcinom <input type="checkbox"/> Kraniofaryngiom <input type="checkbox"/> Cysta (inkl Rathkes) <input type="checkbox"/> Hypofysit (ej läkemedelsutlöst)			
Gäller endast patienter under 18 år: <input type="checkbox"/> Germinom <input type="checkbox"/> Histiocytosis <input type="checkbox"/> Kongenital anläggningsrubbing			
Funktion (ifylles vid Hypofystumör) <input type="checkbox"/> Icke hormonproducerande <input type="checkbox"/> Akromegali <input type="checkbox"/> Prolaktinom <input type="checkbox"/> Mb Cushing <input type="checkbox"/> TSH-om <input type="checkbox"/> FSH/LH-om			
Uppföljning			
<input type="checkbox"/> Uppföljning avslutad (t ex om patienten är utvandrad) Blanketten är klar och kan skickas in.			
<input type="checkbox"/> 1-årsuppföljning ej utförd <input type="checkbox"/> 5-årsuppföljning ej utförd <input type="checkbox"/> 10-årsuppföljning ej utförd Blanketten är klar och kan skickas in.			
Uppföljningsdatum _____			
Hypofyskirurgi sedan föregående uppföljning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, År _____ Sjukhus _____			
Strålbehandlad sedan föregående uppföljning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, År _____ Sjukhus _____			
Provtagning (anges för respektive hormonproducerande tumör)			
Datum _____	Koncentration _____	Enhet _____	Övre referensgräns _____
Akromegali			
S-IGF-1		µg/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (nadir) vid OGTT		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (enstaka)		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIEU/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-Prolaktin		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Patienten anses vara i biokemisk kontroll		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Prolaktinom			
S-Prolaktin		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Patientens sjukdom anses vara i kontroll			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, normalt prolaktin <input type="checkbox"/> Ja, trots förhöjt S-Prolaktin - ytterligare sänkning av S-Prolaktin anses ej medicinskt motiverat			
Mb Cushing			
tU-Kortisol		nmol/d	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-Kortisol efter dexametason 1 mg		nmol/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Saliv-Kortisol efter dexametason 1 mg		nmol/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-Kortisol kl.22-24		nmol/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Saliv-Kortisol kl.22-24		nmol/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-ACTH		<input type="checkbox"/> ng/L <input type="checkbox"/> pmol/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-Kortisol kl 08		nmol/L	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Patienten anses vara i biokemisk remission		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Binjurebarksvikt		<input type="checkbox"/> Bilateral adenalektomi	
Radiologi			
<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT Datum: _____ <input type="checkbox"/> Ej utförd <input type="checkbox"/> Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största			
Längd _____ mm Bredd _____ mm Höjd _____ mm <input type="checkbox"/> Uppgift saknas			
Hypofystumör och Cysta			
Storleksindelning <input type="checkbox"/> Ej synlig <input type="checkbox"/> Mikro (<10 mm) <input type="checkbox"/> Makro (≥10 mm) <input type="checkbox"/> Postop förändringar eller tumörrest kan ej uteslutas			
Knosp-S (Hypofystumör) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan			
SUPRA sellär	<input type="checkbox"/> Grad 0	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
PARA sellär Höger	<input type="checkbox"/> Grad 0	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3a <input type="checkbox"/> Grad 3b <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
PARA sellär Vänster	<input type="checkbox"/> Grad 0	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3a <input type="checkbox"/> Grad 3b <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Kraniofaryngiom			
Lokalisation <input type="checkbox"/> Intrasejlar <input type="checkbox"/> Suprasejlar <input type="checkbox"/> Deformering av/inväxt i 3:e ventrikeln <input type="checkbox"/> Retrochiasmal			
<input type="checkbox"/> Ingen tumörrest <input type="checkbox"/> Postop förändringar eller tumörrest kan ej uteslutas <input type="checkbox"/> Uppgift saknas			
Cysticitet <input type="checkbox"/> Solid <input type="checkbox"/> Solid /Cystisk <input type="checkbox"/> Cystisk (inga solida delar) <input type="checkbox"/> Uppgift saknas			

UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Ögonundersökning				
Ögonundersökning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan	Datum _____	
Ögonpåverkan orsakad av hypofyssjukdom:				
Synfältspåverkan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Om ja: VFI	Höger _____%	Vänster _____%	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Visusnedsättning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Om ja: Bästa korrigerade visus	Höger _____	Vänster _____	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Optikusatrofi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Ögonmuskelpares	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Bedömning 9-15 mån efter primär-operation (ifylls endast en gång)	<input type="checkbox"/> Återställd	<input type="checkbox"/> Bättre	<input type="checkbox"/> Sämre	<input type="checkbox"/> Ingen förändring <input type="checkbox"/> Ej bedömbart
Hypofysinsufficiens (vid Ja, fyll i respektive rad för hormonsubstitution nedan)				
Hypofysinsufficiens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan		
GH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
ACTH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
TSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
LH/FSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Diabetes insipidus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Hormonsubstitution				
GH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Kortison	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Total dygnsdos hydrokortison _____, _____mg	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
DHEA	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Sköldkörtelhormon	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Testosteron	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Östrogen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
ADH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Farmakologisk tumörbehandling				
Farmakologisk tumörbeh.	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan		
Somatostatin analog	Pågående	Initieras vid besöket	Pågående	Initieras vid besöket
Oktreotid/Lanreotid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pegvisomant	<input type="checkbox"/>
Pasireotid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ketokonazol	<input type="checkbox"/>
Dopamin agonist			Metyrapon	<input type="checkbox"/>
Bromokriptin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temozolomide	<input type="checkbox"/>
Kabergolin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annat läkemedel	<input type="checkbox"/>
Kinagolid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ange vad	_____
			ATC (om möjligt)	_____
Aktuell längd och vikt				
Längd _____ cm	Vikt _____ kg			
Sjukskrivning				
Sjukskrivningsgrad	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 25 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 100 %
	<input type="checkbox"/> Avtals/ålderspensionär	<input type="checkbox"/> Sjukpensionär	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Huvudorsak till sjukskrivning	<input type="checkbox"/> Hypofyssjukdom <input type="checkbox"/> Annan orsak, vilken: _____			
Anpassad skolgång				
Anpassad skolgång	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Framtida registrering				
Om ändrad framtida uppföljning, fyll i orsak nedan:	<input type="checkbox"/> Kommer ej att följas upp framöver			
	<input type="checkbox"/> Kommer att följas upp på annat sjukhus/klinik: _____			