ANMÄLAN – Svenska Hypofysregistret

Sjukhus/klinik _____ Personnummer _____

Namn _____

Primär klassifikation

☐ Hypofystumör ☐ Hypofyscarcinom ☐ Kraniofaryngiom ☐ Cysta (inkl. Rathkes)

☐ Hypofysit (ej läkemedelsutlöst) ☐ Annan hypofysprocess (inkl läkemedelsutlöst hypofysit): _____

Gäller endast patienter under 18 år: ☐ Germinom ☐ Histiocytosis ☐ Kongenital anläggningsrubbning

Funktion (ifylles vid Hypofystumör)

☐ Icke hormonproducerande ☐ Akromegali ☐ Prolaktinom

☐ Mb Cushing ☐ TSH-om ☐ FSH/LH-om

Provtagning (anges för respektive hormonproducerande tumör)

Datum _____	Koncentration	Enhet	Övre referensgräns	
Akromegali				
S-IGF-1		µg/L		☐ Uppgift saknas
S-GH (nadir) vid OGTT		☐ µg/L ☐ mIE/L		☐ Uppgift saknas
S-GH (enstaka)		☐ µg/L ☐ mIEU/L		☐ Uppgift saknas
S-Prolaktin		☐ µg/L ☐ mIE/L		☐ Uppgift saknas
Prolaktinom				
S-Prolaktin		☐ µg/L ☐ mIE/L		☐ Uppgift saknas
Mb Cushing				
tU-Kortisol		nmol/d		☐ Uppgift saknas
P-Kortisol efter dexametason 1 mg		nmol/L		☐ Uppgift saknas
Saliv-Kortisol efter dexametason 1 mg		nmol/L		☐ Uppgift saknas
P-Kortisol kl.22-24		nmol/L		☐ Uppgift saknas
Saliv-Kortisol kl.22-24		nmol/L		☐ Uppgift saknas
P-ACTH		☐ ng/L ☐ pmol/L		☐ Uppgift saknas

Sinus Petrosus kateterisering utförd ☐ Ja ☐ Nej Talar för Mb Cushing: ☐ Ja ☐ Nej

Sinus Cavernosus kateterisering utförd ☐ Ja ☐ Nej Talar för Mb Cushing: ☐ Ja ☐ Nej

Radiologi

☐ MR ☐ CT Datum _____ ☐ Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största

Längd _____ mm Bredd _____ mm Höjd _____ mm ☐ Uppgift saknas

Hypofystumör, Cysta eller annan process

Storleksindelning: ☐ Mikro (<10 mm) ☐ Makro (≥10 mm) ☐ Ej synlig ☐ Uppgift saknas

Knosp-S ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan

SUPRA sellär	☐ Grad 0	☐ Grad 1	☐ Grad 2	☐ Grad 3	☐ Grad 4		☐ Uppgift saknas
PARA sellär Höger	☐ Grad 0	☐ Grad 1	☐ Grad 2	☐ Grad 3a	☐ Grad 3b	☐ Grad 4	☐ Uppgift saknas
PARA sellär Vänster	☐ Grad 0	☐ Grad 1	☐ Grad 2	☐ Grad 3a	☐ Grad 3b	☐ Grad 4	☐ Uppgift saknas

Kraniofaryngiom

Lokalisation ☐ Intrasellär ☐ Suprasellär ☐ Deformering av/inväxt i 3:e ☐ Retrochiasmal ☐ Uppgift saknas

Cysticitet ☐ Solid ☐ Solid /Cystisk ☐ Cystisk ☐ Uppgift saknas

Gäller även som canceranmälan

2026-05-25

ANMÄLAN – Svenska Hypofysregistret

Ögonundersökning

Ögonundersökning ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan Datum _____

Ögonpåverkan orsakad av hypofyssjukdom:

Synfältspåverkan	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbart	☐ Uppgift saknas
Om ja: VFI	Höger _____%	Vänster _____%		☐ Uppgift saknas
Visusnedsättning	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
Om ja: Bästa korrigerade visus	Höger _____	Vänster _____		☐ Uppgift saknas
Optikusatrofi	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
Ögonmuskelpares	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas

Hypofysinsufficiens

Hypofysinsufficiens	☐ Nej	☐ Ja, fyll i nedan		
GH	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbar	☐ Uppgift saknas
ACTH	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbar	☐ Uppgift saknas
TSH	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbar	☐ Uppgift saknas
LH/FSH	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbar	☐ Uppgift saknas
Diabetes insipidus	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbar	☐ Uppgift saknas

Multidisciplinär terapikonferens (MDK)

Har patienten diskuterats på multidisciplinär terapikonferens ☐ Nej ☐ Ja ☐ Uppgift saknas

Planerad primär behandling

☐ Kirurgi ☐ Strålbehandling ☐ Farmakologisk ☐ Exspektans

Farmakologisk tumörbehandling

Farmakologisk tumörbehandling ☐ Nej ☐ Ja Startdatum _____

☐ Somatostatin analog
- ☐ Oktreotid/Lanreotid
- ☐ Pasireotid

☐ Dopamin agonist
- ☐ Bromokriptin
- ☐ Kabergolin
- ☐ Kinagolid

☐ Pegvisomant
☐ Ketokonazol
☐ Metyrapon
☐ Temozolomide
☐ Annat läkemedel
Ange vad _____

ATC (om möjligt) _____

Längd _____ cm **Vikt** _____ Kg

Sjukskrivning

Sjukskrivningsgrad ☐ 0 % ☐ 25 % ☐ 50 % ☐ 75 % ☐ 100 %
☐ Avtals/ålderspensionär ☐ Sjukpensionär ☐ Uppgift saknas

Huvudorsak till sjukskrivning

☐ Hypofyssjukdom ☐ Annan orsak, vilken: _____

Anpassad skolgång

Anpassad skolgång ☐ Nej ☐ Ja

Uppföljning

Om ändrad framtida uppföljning, fyll i orsak nedan:

☐ Kommer ej att följas upp framöver
☐ Kommer att följas upp på sjukhus/klinik: _____

Gäller även som canceranmälan