UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Sjukhus/klinik _____ Personnummer _____

Namn _____

Klassifikation – fylls endast i vid omklassifikation

☐ Hypofystumör ☐ Hypofyscarcinom ☐ Kraniofaryngiom ☐ Cysta (inkl Rathkes) ☐ Hypofysit (ej läkemedelsutlöst)

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

Uppföljning

☐ **Uppföljning avslutad** (t ex om patienten är utvandrad) Blanketten är klar och kan skickas in.

☐ **1-årsuppföljning ej utförd** ☐ **5-årsuppföljning ej utförd** ☐ **10-årsuppföljning ej utförd** Blanketten är klar och kan skickas in.

Uppföljningsdatum _____

Hypofyskirurgi sedan föregående uppföljning ☐ Nej ☐ Ja, År _____ Sjukhus _____

Strålbehandlad sedan föregående uppföljning ☐ Nej ☐ Ja, År _____ Sjukhus _____

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
Patienten anses vara i biokemisk kontroll		☐ Nej ☐ Ja		
Prolaktinom				
S-Prolaktin		☐ µg/L ☐ mIE/L		☐ Uppgift saknas
Patientens sjukdom anses vara i kontroll ☐ Nej ☐ Ja, normalt prolaktin ☐ Ja, trots förhöjt S-Prolaktin - ytterligare sänkning av S-Prolaktin anses ej medicinskt motiverat				
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
P-Kortisol kl 08		nmol/L		☐ Uppgift saknas
Patienten anses vara i biokemisk remission		☐ Nej ☐ Ja		
☐ Binjurebarksvikt		☐ Bilateral adrenalektomi		

Radiologi

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

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

Hypofystumör och Cysta

Storleksindelning ☐ Ej synlig ☐ Mikro (<10 mm) ☐ Makro (≥10 mm) ☐ Postop förändringar eller tumörrest kan ej uteslutas

Knosp-S (Hypofystumör) ☐ 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 ventrikeln ☐ Retrochiasmal ☐ Ingen tumörrest ☐ Postop förändringar eller tumörrest kan ej uteslutas ☐ Uppgift saknas

Cysticitet ☐ Solid ☐ Solid /Cystisk ☐ Cystisk (inga solida delar) ☐ Uppgift saknas

UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Ögonundersökning

Ögonundersökning ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan Datum _____

Ögonpåverkan orsakad av hypofyssjukdom:

Synfältspåverkan	☐ Nej	☐ Ja	☐ Ej bedömbar	☐ 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

Bedömning 9-15 mån efter primär-operation (ifylls endast en gång) ☐ Återställd ☐ Bättre ☐ Sämre ☐ Ingen förändring ☐ Ej bedömbart

Hypofysinsufficiens (vid Ja, fyll i respektive rad för hormonsubstitution nedan)

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

Hormonsubstitution

GH	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
Kortison	☐ Nej	☐ Ja	Total dygnsdos hydrokortison ___,__mg	☐ Uppgift saknas
DHEA	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
Sköldkörtelhormon	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
Testosteron	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
Östrogen	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas
ADH	☐ Nej	☐ Ja		☐ Uppgift saknas

Farmakologisk tumörbehandling

Farmakologisk tumörbeh. ☐ Nej ☐ Ja, fyll i nedan

	Pågående	Initieras vid besöket
Somatostatin analog		
Oktreotid/Lanreotid	☐	☐
Pasireotid	☐	☐
Dopamin agonist		
Bromokriptin	☐	☐
Kabergolin	☐	☐
Kinagolid	☐	☐

	Pågående	Initieras vid besöket
Pegvisomant	☐	☐
Ketokonazol	☐	☐
Metyrapon	☐	☐
Temozolomide	☐	☐
Annat läkemedel	☐	☐

Ange vad _____

ATC (om möjligt) _____

Aktuell längd och vikt

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

Framtida registrering

Om ändrad framtida uppföljning, fyll i orsak nedan:

☐ Kommer ej att följas upp framöver

☐ Kommer att följas upp på annat sjukhus/klinik: _____