

# ANMÄLAN – Svenska Hypofysregistret

Inrapportör _____ Läkare _____ Sjukhus/klinik _____	Personnummer _____ Namn _____			
<b>Primär klassifikation (enligt ICD 10)</b>				
<input type="checkbox"/> Hypofystumör D35.2 <input type="checkbox"/> Hypofystumör, multipel hormonproduktion <input type="checkbox"/> Hypofystumör/MEN-1 D44.8 <input type="checkbox"/> Kraniofaryngiom D35.3 <input type="checkbox"/> Empty sella (>50 % herniering) <input type="checkbox"/> Rathkes cysta				
<b>Funktion</b>				
<input type="checkbox"/> Icke hormonproducerande E23.6 <input type="checkbox"/> Akromegali E22.0 <input type="checkbox"/> Prolaktinom E22.1 <input type="checkbox"/> Mb Cushing E24.0 <input type="checkbox"/> TSH-om E05.8 <input type="checkbox"/> FSH/LH-om E22.8				
<b>Annan process</b>				
<input type="checkbox"/> Hypofysit <input type="checkbox"/> Sarkoidos <input type="checkbox"/> Wegener <input type="checkbox"/> Metastas <input type="checkbox"/> Carcinom <input type="checkbox"/> Germinom <input type="checkbox"/> Hamartom <input type="checkbox"/> Chordom <input type="checkbox"/> Angiom <input type="checkbox"/> Cysta <input type="checkbox"/> Annan process _____				
<b>Provtagning</b>				
Vid hormonproducerande tumör – <b>ange det hormon som överproduceras/ överproducerades</b> Vid multipel hormonproduktion – ange samtliga hormoner som överproduceras Ange även förhöjd prolaktinkoncentration vid icke prolaktinom <span style="float: right;">Datum _____</span>				
	<b>Koncentration</b>	<b>Enhet</b>	<b>Övre referensgräns</b>	
S-Prolaktin		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (morgon/enstaka)		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIEU/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (medel)		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (min) vid OGTT		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-IGF-1		µg/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-ACTH		<input type="checkbox"/> ng/L <input type="checkbox"/> pmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-Kortisol (morgon/enstaka)		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-Kortisol (midnatt)		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-Kortisol efter dexametason		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Saliv-Kortisol efter dexametason		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
dU-Kortisol		nmol/d		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-TSH		mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-ft4		pmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-ft3		pmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-FSH		IE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-LH		IE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
<b>Radiologi</b>				
<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT      Datum _____ Längd _____ mm    Bredd _____ mm    Höjd _____ mm <input type="checkbox"/> Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största.				
<b>Hypofystumör, Rathkes cysta eller annan process</b>				
<b>Storleksindelning:</b> <input type="checkbox"/> Mikroadenom (<10 mm) <input type="checkbox"/> Makroadenom (≥10 mm) <input type="checkbox"/> Ej synlig <input type="checkbox"/> Uppgift saknas <b>Knosp-S</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan				
<b>SUPRA</b> sellär		<b>PARA</b> sellär		
	Höger	Vänster		
<input type="checkbox"/> grad 0	<input type="checkbox"/> grad 0	<input type="checkbox"/> grad 0		
<input type="checkbox"/> grad 1	<input type="checkbox"/> grad 1	<input type="checkbox"/> grad 1		
<input type="checkbox"/> grad 2	<input type="checkbox"/> grad 2	<input type="checkbox"/> grad 2		
<input type="checkbox"/> grad 3	<input type="checkbox"/> grad 3a	<input type="checkbox"/> grad 3a		
<input type="checkbox"/> grad 4	<input type="checkbox"/> grad 3b	<input type="checkbox"/> grad 3b		
<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> grad 4	<input type="checkbox"/> grad 4		
	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		

# ANMÄLAN – Svenska Hypofysregistret

<b>Kraniofaryngiom</b>					
<b>Lokalisation</b>	<input type="checkbox"/> Intrasellär	<input type="checkbox"/> Suprasellär	<input type="checkbox"/> Deformering av/inväxt i 3:e ventrikeln	<input type="checkbox"/> Retrochiasmal	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
<b>Cysticitet</b>	<input type="checkbox"/> Solid	<input type="checkbox"/> Solid /Cystisk	<input type="checkbox"/> Cystisk		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
<b>Ögonundersökning</b>					
Ögonundersökning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Datum _____	
<b>Orsakad av hypofyssjukdom:</b>					
Synfältspåverkan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
Visusnedsättning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<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		
<b>Hypofysinsufficiens</b>					
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 bedömbär		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
ACTH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbär		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
TSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbär		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
LH/FSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbär		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Diabetes insipidus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbär		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
<b>Hormonsubstitution enbart substitution, ej behandling</b>					
GH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
Kortison	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<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		
<b>Multidisciplinär terapikonferens (MDK)</b>					
Har patienten diskuterats på multidisciplinär terapikonferens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Datum _____	
<b>Planerad primär behandling</b>					
<input type="checkbox"/> Kirurgi	<input type="checkbox"/> Strålbehandling	<input type="checkbox"/> Farmakologisk	<input type="checkbox"/> Exspektans		
<b>Farmakologisk tumörbehandling</b>					
Har farmakologisk tumörbehandling initierats vid besöket?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	Datum _____	
<input type="checkbox"/> Somatostatin analog	<input type="checkbox"/> Oktreotid/Lanreotid	<input type="checkbox"/> Pasireotid	<input type="checkbox"/> Pegvisomant	<input type="checkbox"/> Ketokonazol	<input type="checkbox"/> Metyrapon
<input type="checkbox"/> Dopamin agonist	<input type="checkbox"/> Bromokriptin	<input type="checkbox"/> Kabergolin	<input type="checkbox"/> Temozolomide	<input type="checkbox"/> Annat läkemedel	Ange vad _____
<input type="checkbox"/> Kinagolid			ATC (om möjligt) _____		
<b>Längd</b> _____ cm	<b>Vikt</b> _____ Kg				
<b>Arbetsförmåga</b>					
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		
<b>Huvudorsak till sjukskrivning</b>					
<input type="checkbox"/> Hypofyssjukdom	<input type="checkbox"/> Annan orsak, vilken: _____				
<b>Uppföljning</b>					
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 sjukhus/klinik: _____					