

# UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Anmälande läkare _____	Personnummer _____
Sjukhus/klinik _____	Namn _____
Uppföljningsdatum _____	_____

## Omklassifikation (enligt ICD 10) – fylls endast i vid omklassifikation

<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

## Funktion

<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

## Annan process

<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 _____	

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

Opererad sedan föregående uppföljning  Nej  Ja

Hypofyskirurgi År \_\_\_\_\_ Sjukhus/Klinik \_\_\_\_\_

Adrenalektomi År \_\_\_\_\_

Strålbehandlad sedan föregående uppföljning  Nej  Ja

År \_\_\_\_\_ Sjukhus/Klinik \_\_\_\_\_

## Provtagning

Vid hormonproducerande tumör – **ange det hormon som överproduceras/överproducerades**  
 Vid multipel hormonproduktion – ange samtliga hormoner som överproduceras/överproducerades  
 Ange även förhöjd prolaktinkoncentration vid icke prolaktinom Datum \_\_\_\_\_

	Koncentration	Enhet		Övre referensgräns
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

# UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Radiologi				
<input type="checkbox"/> MR	<input type="checkbox"/> CT	Datum: _____	<input type="checkbox"/> Ej utförd	
Längd _____ mm	Bredd _____ mm	Höjd _____ mm	<input type="checkbox"/> Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största.	
Hypofystumör, Rathkes cysta och ev annan process				
<b>Storleksindelning</b>	<input type="checkbox"/> Ej synlig	<input type="checkbox"/> Mikroadenom (<10 mm)	<input type="checkbox"/> Makroadenom (≥10 mm)	<input type="checkbox"/> Postop förändringar eller tumörrest kan ej uteslutas
<b>Knosp-S</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan			
<b>SUPRA sellär</b>	<b>PARA sellär</b>			
	<b>Höger</b>	<b>Vänster</b>		
<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		
Kraniofaryngiom				
<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
<b>Cysticitet</b>	<input type="checkbox"/> Solid	<input type="checkbox"/> Solid /Cystisk	<input type="checkbox"/> Cystisk (inga solida delar)	<input type="checkbox"/> Ingen tumörrest
				<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Ögonundersökning – status jämfört med föregående undersökning				
<b>Ögonundersökning</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan samt datum: _____		
<b>Orsakad av hypofyssjukdom:</b>				
Synfältspåverkan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i status nedan.	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Status	<input type="checkbox"/> Förbättrad	<input type="checkbox"/> Oförändrad	<input type="checkbox"/> Försämrad	
Visusnedsättning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i status nedan.	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Status	<input type="checkbox"/> Förbättrad	<input type="checkbox"/> Oförändrad	<input type="checkbox"/> Försämrad	
Optikusatrofi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i status nedan.	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Status	<input type="checkbox"/> Förbättrad	<input type="checkbox"/> Oförändrad	<input type="checkbox"/> Försämrad	
Ögonmuskelpares	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i status nedan.	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Status	<input type="checkbox"/> Förbättrad	<input type="checkbox"/> Oförändrad	<input type="checkbox"/> Försämrad	
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 (enbart substitution, ej behandling)				
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	
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	
ADH	<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	
		Östrogen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	

# UPPFÖLJNING – Svenska Hypofysregistret

Farmakologisk tumörbehandling					
Farmakologisk tumörbeh.	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan			
<b>Somatostatin analog</b>	Pågående	Initieras vid besöket	Pågående	Initieras vid besöket	
Oktreotid/Lanreotid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pegvisomant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasireotid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ketokonazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dopamin agonist</b>			Metyrapon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bromokriptin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temozolomide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kabergolin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annat läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinagolid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ange vad	_____	
			ATC (om möjligt)	_____	
Biokemisk kontroll					
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Fylls endast i för Akromegali, Mb Cushing eller Prolaktinom</b>			
Komplikationer till farmakologisk behandling					
Komplikationer till farmakologisk behandling som medfört sjukhusvård och/eller utsättning av läkemedlet sedan senaste uppföljning			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
Somatostatinanaloger	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Dopaminagonist	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
GH-receptorantagonist	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Annat läkemedel	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
			Läkemedel	_____	
Komplikationer/senkomplikationer till kirurgi och/eller strålbehandling					
Kvarstående eller komplikationer som uppträtt sedan senaste uppföljning			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej tillämbart
Likvorläckage	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Neurologiska sequele	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Ögonkomplikationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Sekundär intrakraniell tumör	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Blödning/trombos i strålbeh område	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
DVT	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Lungemboli	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Annat	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Specificera	_____	
Aktuell längd och vikt					
Längd	_____ cm	Vikt	_____ kg		
Arbetsförmåga					
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>					
Hypofyssjukdom	<input type="checkbox"/>				
Annan orsak	<input type="checkbox"/>	Ange vilken	_____		
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: _____				