



For registeret:	Postnummer:
Dato utsendt:	ID FM:
Dato mottatt:	ID Access:

Legekontrollskjema Erytropoietisk protoporfyri (EPP)

Skjemadel 1 – fylles ut av pasient

Pasientopplysninger

Fødselsnummer (11 siffer): Dato skjemadel 1 utfyllt: / -

Navn: _____

Skjemadel 2 – fylles ut av lege

Opplysningene vil inngå i det nasjonale, medisinske kvalitetsregisteret Norsk porfyriregister. Skjemaet er utformet slik at det fungerer som et verktøy ved oppfølging av pasienter med porfyrisykdom.

- Ved EPP anbefales minst **årlige kontroller** inklusiv analyse av erytrocytt protoporfyryn og undersøkelse av ALAT, γ -GT, PT-INR og vitamin D.

Mer informasjon og rekvisisjonsskjema finnes på www.napos.no. Resultater fra Norsk porfyriregister publiseres årlig på www.kvalitetsregistre.no.

Årsak til legetimen:	Hvilke av disse undersøkelsene er/vil bli utført dette kalenderåret:	Ja	Nei
<input type="checkbox"/> Kontroll for EPP	Erytrocytt protoporfyryn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Behandling og oppfølging utenom rutinekontroll	ALAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: _____	γ -GT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	PT-INR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Vitamin D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	Samtale/veiledning med pasient om lysbeskyttelse og leverpåvirkning. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andre undersøkelser, spesifiser: _____		

Følges NAPOS sine anbefalinger for årlig kontroll? Ja Nei Ikke aktuelt

Kliniske opplysninger

Er det endringer i pasientens lysømfintlighet siste 12 måneder?

Forbedret Forverret Uendret Vet ikke

Har pasienten fått påvist EPP-følgetilstander/komplikasjoner?

- Anemi
 Benskjørhet
 Gallestein
 Leverpåvirkning

Ja Nei Vet ikke

Bruker pasienten kalsiumtilskudd? Ja Nei Vet ikke

Er pasienten vaksinert mot hepatitt A? Ja Nei Vet ikke

Er pasienten vaksinert mot hepatitt B? Ja Nei Vet ikke

Behandling og oppfølging

Har pasienten siste 12 måneder fått behandling for EPP med:

- Spesialsolkrem (Reflectant)
 Antihistamin
 Kortikosteroidkrem
 Smertestillende medikamenter. Hvilke:
 Lysterapi
 Scenesse
 Annet, hva:

Går pasienten til årlig kontroll for EPP?

Ja Nei Vet ikke

Når var pasienten til forrige kontroll?

Måned: År:

Legeopplysninger (fyll inn navn, arbeidssted og HPR-nummer; eller stempel)

Dato legetime: / - Dato utfyllt: / -

Legens navn: _____

Arbeidssted: _____ HPR-nr: _____

Plass til stempel