



Personnummer _____
Namn _____
Besöksdatum _____
Vårdgivare _____

Kortisoninjektioner

Datum _____ Antal injicerade leder _____
Datum _____ Antal injicerade leder _____
Datum _____ Antal injicerade leder _____

Labb

SR _____
CRP _____

Reumatoid Faktor Positivt Negativt
Anti CCP Positivt Negativt
HLA B27 Positivt Negativt
ANA Positivt Negativt

Besöksvariabler - JIA(-)

Läkarbedömning VAS 0 - 10

BMI

Längd _____ Vikt _____

Behandlingsstrategi

Ingen medicinering Oförändrad Nuvarande (ange nedan)

Läkemedel _____

Ordinationsdatum _____ Insattdatum _____
Dos _____ Enhet _____ Frekvens _____ Administration _____

Läkemedel _____

Ordinationsdatum _____ Insattdatum _____
Dos _____ Enhet _____ Frekvens _____ Administration _____

Läkemedel _____

Ordinationsdatum _____ Insattdatum _____
Dos _____ Enhet _____ Frekvens _____ Administration _____



Kliniska fynd

- | | |
|--|--------------------------|
| Feber systemisk | <input type="checkbox"/> |
| Feber annan | <input type="checkbox"/> |
| Rash | <input type="checkbox"/> |
| Generell lymfkörtelförstoring | <input type="checkbox"/> |
| Serositet | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis liknande rash | <input type="checkbox"/> |
| Nagel-pitting | <input type="checkbox"/> |
| Daktylit | <input type="checkbox"/> |
| Lever/mjältoförstoring | <input type="checkbox"/> |
| Inflammatorisk ryggsmärta | <input type="checkbox"/> |
| Direkt/indirekt smärta/ömhet över SI-led | <input type="checkbox"/> |
| Entesopati | <input type="checkbox"/> |
| IBD | <input type="checkbox"/> |
| Smärta över skinkor | <input type="checkbox"/> |
| Tenosynovit | <input type="checkbox"/> |
| Radiologisk Sakroiliit | <input type="checkbox"/> |
| Kronisk/akut uveit | <input type="checkbox"/> |
| Inget av nedanstående | <input type="checkbox"/> |