



Personnummer _____

Namn _____

Inklusionsdatum _____ Patientansvarig läkare _____

Klinik/vårdenhet _____

Informerat samtycke

Datum för samtycke _____ Samtycke inhämtat av _____

Diagnos

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> JIA | <input type="checkbox"/> Uveit utan JIA |
| <input type="checkbox"/> Juvenil Dermatomyosit | <input type="checkbox"/> Annan diagnos |
| <input type="checkbox"/> Barnreumaregistret ospec. | <input type="checkbox"/> SLE |
| <input type="checkbox"/> Vaskulit | <input type="checkbox"/> Annan inflammatorisk systemsjukdom |
| <input type="checkbox"/> Annan diagnos (ange ICD10) _____ | |

Debutdatum _____

Datum för diagnos _____

Fastställd 6-månadersdiagnos (vid JIA)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Systemisk artrit | <input type="checkbox"/> Oligoartrit |
| <input type="checkbox"/> Polyartrit (RF neg) | <input type="checkbox"/> Polyartrit (RF pos) |
| <input type="checkbox"/> Psoriasisartrit | <input type="checkbox"/> Entesit-relaterad artrit |
| <input type="checkbox"/> Annan artrit | |

Tidigare medicinering

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arava | <input type="checkbox"/> IVIG | <input type="checkbox"/> Reumacon |
| <input type="checkbox"/> Benepali | <input type="checkbox"/> Kineret | <input type="checkbox"/> RoActemra |
| <input type="checkbox"/> Benlysta | <input type="checkbox"/> Kl.Prövning | <input type="checkbox"/> Salazopyrin |
| <input type="checkbox"/> Betapred | <input type="checkbox"/> Klorokin | <input type="checkbox"/> Sandimmun |
| <input type="checkbox"/> CellCept | <input type="checkbox"/> Leukeran | <input type="checkbox"/> Sendoxan |
| <input type="checkbox"/> Cimzia | <input type="checkbox"/> Mabthera | <input type="checkbox"/> Simponi |
| <input type="checkbox"/> Cosentyx | <input type="checkbox"/> Metotrexat | <input type="checkbox"/> Solu-Medrol |
| <input type="checkbox"/> Enbrel | <input type="checkbox"/> NSAID | <input type="checkbox"/> Takrolimus |
| <input type="checkbox"/> Humira | <input type="checkbox"/> Orencia | <input type="checkbox"/> Övriga (ange FASS-kod) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ilaris | <input type="checkbox"/> Prednisolon | |
| <input type="checkbox"/> Imurel | <input type="checkbox"/> Remicade | |
| <input type="checkbox"/> Inflectra | <input type="checkbox"/> Remsima | |

Ärftlighet

Ingen ärftlighet

	Mor	Far	Syskon	2:a-gradssläkting
JIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankyloserande spondylit/Spondylartrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBD + SI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatorisk systemsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasisartrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis (diagnostiserad av specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis (ej diagnostiserad av specialist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sannolik psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uveit med symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uveit utan symtom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Behandlingsstrategi

Ingen medicinering

Nuvarande (ange nedan)

Läkemedel _____

Orinationsdatum _____

Insattdatum _____

Dos _____

Enhet _____

Frekvens _____

Administration _____

Läkemedel _____

Orinationsdatum _____

Insattdatum _____

Dos _____

Enhet _____

Frekvens _____

Administration _____