

Kontakt: TEL MOTT DAGVÅRD ENDO BFE AVD	Patientuppgifter
Kontaktorsak: Nybesök Akut Kontroll aktiv sjukdom Rutinkontroll Forskning Behandling Provtagning	
Läkare	
Annan:	
Sjuksköterska	PAL
Annan:	
Kontaktdatum	
	Annan:

SWIBREG - Uppföljning (aktuell vårdkontakt)

Komplikation associerad till IBD

Nej

Ja, pågående

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Intestinal fistel till bukvägg/annat organ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Intestinal striktur (symptomgivande) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Fistel perianalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Analstriktur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Anal fissur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Abscess perianalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Abscess intestinalt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Sår i munhålan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Pyoderma gangraenosum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Knölros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Ledvärk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Ögoninflammation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Primärskleroserande kolangit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. höggradig dysplasi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. kolorektal cancer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bukresistens (vid Crohns sjukdom) Ingen Tveksam Finns Finns och ömmande.

Aktuell sjukdomsaktivitet (enligt behandlande läkare)

Remission Mild aktivitet Måttlig aktivitet Svår aktivitet Ej bedömbär

Läkemedelsbehandling

- Oförändrad jämfört med tidigare registrering
- Ändrad enligt registrering nedan

Startdatum åå-mm-dd	Läkemedel	Berednings form	Styrka	Dosering	Slutdatum åå-mm-dd	Orsak ändring*	Indikation

* Ange någon av följande orsaker: 1. Biverkning, 2. Bristande effekt, 3. Byte till synonymt prep, 4. Doshöjning, 5. Dossänkning, 6. Planerad avslutad behandling, 7. På patientens begäran

Har patienten opererats sedan föregående besök?

- Nej Ja, om ja ange:

Tarmresektion Nej Ja (ange segment och datum (*ååmmdd*) nedan)

Datum

_____ Okänt Jejunum Ileum Caekum Ascend. Transv. Desc/sigm Rektum

Typ av kirurgi (ange kirurgi och datum (*ååmmdd*) nedan)

- _____ Ileocekal/ileokoliskresektion. Tunntarmsresektion Kolektomi
- Segmentell kolonresektion Prokterektomi
- Ileostomi Kolostomi Bäckenservoar IRA Övrig anastomos Kock
- Nedläggning av stomi
- Intestinal fistel/abscesskirurgi Perianal fistel/abscesskirurgi
- Strikturoplastik Endoskopisk dilatation Övrig op