

SveATTR Bakgrund

Inskrivande enhet
Inrapportör

Initierad
Inr.datum

Personuppgifter

Personnummer: _____
Efternamn: _____
Förnamn: _____
Gatuadress: _____
Postnummer: _____
Postadress: _____

Kön: Man Kvinna
LK: _____
Distriktskod: _____

Bakgrund

Ursprung (Land):

Län:

Kommun:

Diagnostik

Frisk anlagsbärare
Ja Nej

Datum för Gentest
(åååå-mm-dd):

TTR-mutation:
Ja Nej

Om TTR-mutation = Ja

Genotyp (Ange påvisad
TTR-mutation):

Ange genupsättning:

Homozygot

Heterozygot

Nedärvning:

Mor

Far

Okänd

Samsjuklighet

Relevant samsjuklighet:

Ja Nej

Om Ja:

Minst en sjukdomshistoria måste vara ikryssad i höger kolumn

Karpaltunnelsyndrom

Datum: _____

Spinal stenos

Datum: _____

Hypertoni

Datum: _____

Ischemisk hjärtsjukdom

Datum: _____

Diabetes

Datum: _____

Kol

Datum: _____

Kronisk njursvikt

Datum: _____

Ped. Nummer:
