

## SveATTR Behandling

Inskrivande enhet  
Inrapportör


Initierad  
Inr.datum


### Personuppgifter

**Personnummer:** .....  
**Efternamn:** .....  
**Förnamn:** .....  
**Gatuadress:** .....  
**Postnummer** .....  
**Postadress:** .....

**Kön:** Man  Kvinna   
**LK** .....  
**Distriktkod:** .....

### Organtransplantation

**Levertransplantation**   
Genomgången levertransplantation

**Datum för levertransplantation**  
Datum: .....

**Njurtransplantation**   
Genomgången njurtransplantation

**Datum för njurtransplantation**  
Datum: .....

**Hjärtransplantation**   
Genomgången hjärtransplantation

**Datum för hjärtransplantation**  
Datum: .....

**Medicinsk behandling**

Ingen medicinsk behandling <input type="checkbox"/>		
Vyndaqel 20mg (tafamidis) <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
Vyndaqel 61mg (tafamidis) <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
Diflunisal <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
<b>EGCG</b> <input type="checkbox"/> Grönt te (EGCG)	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
<b>Dox/Urso</b> <input type="checkbox"/> Doxycyklin + Ursodeoxycholsyra	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
<b>Onpattro (patisiran)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
<b>Tegsedi (inotersen)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
<b>Amvuttra (vutrisiran)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....
<b>Studieläkemedel</b> <input type="checkbox"/>	<b>Tidpunkt för start av behandling:</b> Startdatum: .....	<b>Tidpunkt för avslut av behandling:</b> Slutdatum: .....

## Övrig kirurgi

<b>Pacemaker</b> <input type="checkbox"/> Förekomst av pacemaker  <b>Datum:</b> .....	<b>Typ av pacemaker</b>  <input type="checkbox"/> Endast högerkammarelektrod <input type="checkbox"/> Tvåkamarsystem <input type="checkbox"/> Trekamarsystem (CRT)
<b>ICD</b> <input type="checkbox"/> Förekomst av Implantable Cardioverter-Defibrillator	
<b>Profylaktisk pacemaker</b> <input type="checkbox"/> Profylaktisk implantation av pacemaker (inga symtom)	<b>Om symtom, ange symtomindikation:</b>  <input type="checkbox"/> Svimming <input type="checkbox"/> Orkeslöshet/hjärtsvikt <input type="checkbox"/> Annat
<b>Rytmrubbning</b> <input type="checkbox"/> Förekomst av rytmrubbning innan transplantation	<b>Typ av rytmrubbning</b>  <input type="checkbox"/> Sinusarrest <input type="checkbox"/> Sinusbradykardi <input type="checkbox"/> AV-block I <input type="checkbox"/> AV-block II <input type="checkbox"/> AV-block III <input type="checkbox"/> Långsamt förmaksflimmer <input type="checkbox"/> Ventrikulär takykardi
<b>Bifascikulärt block</b> <input type="checkbox"/> Förekomst av bifascikulärt block (LAH + RBBB)	
<b>Vitrektomi</b> <input type="checkbox"/>	<b>Datum:</b> .....
<b>Karpaltunnelsyndrom</b> <input type="checkbox"/>	<b>Datum:</b> .....
<b>Spinal stenosis</b> <input type="checkbox"/>	<b>Datum:</b> .....