

SveATTR Besök

Inskrivande enhet

Initierad

Inrapportör

Inr.datum

Personuppgifter

Personnummer:

Efternamn:

Förnamn:

Gatuadress:

Postnummer

Postadress:

Kön: Man Kvinna

LK

Distriktkod:

Besök

Besöksdatum (åååå-mm-dd):

Symtom

Symtom Ja Nej

Om Ja: Minst ett symtom måste vara vald nedan

Domning/känselförlust

Lokalisation

Nedre extremiteter

Övre extremiteter

Båda

Smärta

Lokalisation

Nedre extremiteter

Övre extremiteter

Båda

Ofrivillig viktnedgång

Utan eller parallellt med andra symtom

Symtom	
Mag-tarmsymtom <input type="checkbox"/> 	Tidig mättnadskänsla <input type="checkbox"/> Illamående och/eller kräkning <input type="checkbox"/> Förstoppning <input type="checkbox"/> Växlande förstoppning/diarré <input type="checkbox"/> Diarré <input type="checkbox"/> Avföringsinkontinens <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/>
Miktionsproblem <input type="checkbox"/> Residualurin och/eller urininkontinens utan annan tydlig orsak	
Impotens <input type="checkbox"/> Impotens hos män utan annan tydlig orsak	
Ortostatism <input type="checkbox"/> Symtomgivande ortostatisk hypotoni utan annan tydlig orsak	
Hjärtsymtom <input type="checkbox"/> Symtom relaterad till amyloid kardiomyopati eller arytmier med amyloidos som trolig orsak	Takykardi <input type="checkbox"/> Symtomgivande takykardi Bradykardi <input type="checkbox"/> Symtomgivande bradykardi Svimning <input type="checkbox"/> Kardiogen svimning Trötthet <input type="checkbox"/> Trötthet relaterad till amyloid kardiomyopati Dyspné <input type="checkbox"/> Dyspné relaterad till amyloid kardiomyopati

Symtom

Synrubbning

Synrubbning p.g.a. amyloid i ögat
(glaskroppsgtrumling eller glaukom)

Stroke/TIA

Stroke/TIA/blödning relaterad till cerebral
amyloid angiopati eller amyloid hjärtsjukdom
(tromboembolism)

Andra CNS-symtom

Migrän krampanfall eller demens som ej
bedöms bero på annan sjukdom

Övriga symtom

Ev. andra symtom som bedöms
amyloidiosrelaterade

Beskrivning: _____

Undersökningar

Kumamoto scale

Ange heltal (0 till 24):

Sensorisk nedsättning: _____

Motorisk funktion: _____

Autonom funktion: _____

Organpåverkan: _____

Total poäng: _____

(Max poäng: 96)

Undersökningar

Karnofsky Performance Status (KPS)

Väljs om KPS utförts

Ange aktuell KPS

Bortse om möjligt från annan sjuklighet i bedömningen

- 100** Inga tecken till sjukdom
- 90** Klarar normala aktiviteter (smärre tecken på sjukdom)
- 80** Normal aktivitet med ansträngning (vissa tecken till sjukdom)
- 70** Sköter sig själv men klarar ej aktivt arbete
- 60** Behöver viss hjälp men klarar de flesta personliga behoven
- 50** Behöver avsevärd hjälp och tät medicinsk vård
- 40** Handikappad (behöver specialanpassad vård och hjälp)
- 30** Svårt handikappad (slutenvård indicerad men död ej nära förestående)
- 20** Svårt sjuk (slutenvård eller aktiv behandling nödvändig)
- 10** Moribund
- 0** Död

Längd (m): _____

Ange längd i meter

Vikt (kg): _____

PND score

Polyneuropathy Disability Score

Ange aktuell PND score

Korrigera om möjligt för annan sjuklighet i bedömningen

- 0** Inga symtom
- I** Sensoriska symtom men bevarad gångförmåga
- II** Nedsatt gångförmågamen går utan hjälpmedel
- IIIa** Går med käpp eller stav
- IIIb** Går med två käppar stavar eller rollator
- IV** Rullstolsburen eller sängbunden

NIS-LL

Neuropathy Impairment Score Lower Limbs

(total poäng för känsel reflexer och muskelkraft i benen)

Ange heltal mellan 0-88

NIS-LL:

Undersökningar		
<p>Neurografi/EMG Ev. neurofysiologisk undersökning inom 3 mån från besöket</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>Om Ja Ange Neurografi/EMG resultat</p> <p>Normalt <input type="checkbox"/> Patologiskt <input type="checkbox"/></p>	<p>Om patologiskt Ange utbredning av neuropati</p> <p>Nedre extremiteter <input type="checkbox"/> Övre extremiteter <input type="checkbox"/> Båda <input type="checkbox"/></p>
<p>Quantitative Sensory Testing (QST) Ev. kvantitativ mätning av temperaturtrösklar inom 3 mån från besöket</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>Om Ja Ange utfall av QST</p> <p>Normalt <input type="checkbox"/> Patologiskt <input type="checkbox"/></p>	<p>Om patologiskt Ange utbredning av nedsatt temperaturkänsl</p> <p>Nedre extremiteter <input type="checkbox"/> Övre extremiteter <input type="checkbox"/> Båda <input type="checkbox"/></p>
<p>NYHA New York Heart Association klassificering</p> <p>Saknas <input type="checkbox"/> Utförd <input type="checkbox"/> Ej relevant <input type="checkbox"/> (ingen kardiomyopati)</p>	<p>Om Utförd Ange NYHA-klass (Korrigera om möjligt för begränsning p.g.a. annan sjuklighet)</p> <p><input type="checkbox"/> I Inga symtom <input type="checkbox"/> II Symtom vid hårdare fysisk ansträngning <input type="checkbox"/> IIIa Symtom vid lättare fysisk ansträngning <input type="checkbox"/> IIIb Mycket lättuthärdade problem <input type="checkbox"/> IV Symtom i vila</p>	
<p>Ekokardiografi Ev. ekokardiografi inom 3 mån från besöket</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>	<p>Om Ja Ange septumtjocklek</p> <p>Septumtjocklek:.....(mm) (Interventrikulär septumdiameter IVSD)</p>	<p>Septumhypertrofi Hypertrofi definieras som septum >12mm</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/></p>

Undersökningar	
Ejektionsfraktion <input type="checkbox"/> Left ventricular ejection fraction, LVEF	Ange Ejektionsfraktion (%) <input type="checkbox"/> Normal (>55%) <input type="checkbox"/> Nedsatt (35-55%) <input type="checkbox"/> Utfalat nedsatt (<35%)
E/A-kvot <input type="checkbox"/> Mått på vänsterkammarens diastoliska funktion	E/A-kvot värde <input type="checkbox"/> Normal (<1) <input type="checkbox"/> Svag misstanke om restriktivitet (1-1,5) <input type="checkbox"/> Viss misstanke om restriktivitet (1,5-2) <input type="checkbox"/> Stark misstanke om restriktivitet (>2)
EKG <input type="checkbox"/> Ev. EKG inom 3 mån från besöket	Hjärtfrekvens: (Värdet måste vara ett heltal mellan 20-220)
Normalt EKG <input type="checkbox"/> EKG inom normalvariationen (ej pacemakerrytm)	Om inte normalt EKG Förmaksrytm: <input type="checkbox"/> Sinusrytm <input type="checkbox"/> Förmakspacing <input type="checkbox"/> Förmaksflimmer-/fladder <input type="checkbox"/> Nodal rytm AV-överdelning: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> AV-block I <input type="checkbox"/> AV-block II <input type="checkbox"/> AV-block III <input type="checkbox"/> Kammarpacing
Ledningshinder <input type="checkbox"/>	Ange typ av ledningshinder <input type="checkbox"/> Högersidigt skänkelblock (RBBB) <input type="checkbox"/> Vänstersidigt skänkelblock (LBBB) <input type="checkbox"/> Vänstersidigt främre fascikelblock (LAH) <input type="checkbox"/> Bifascikulärt block (LAH+RBBB)
Low voltage <input type="checkbox"/> Tecken till low voltage bedöms föreligga	
Anteroseptal Q-våg <input type="checkbox"/> Förekomst av anterseptala Q-vågor	

Undersökningar

DPD-scintigrafi <input type="checkbox"/> DPD-scintigrafi utförd (om patologiskt räcker en registrering)	Utfall av DPD-scintigrafi Negativ <input type="checkbox"/> (inga tecken till amyloid kardiomyopati) Positiv <input type="checkbox"/> (tecken till amyloid kardiomyopati)	Om DPD positiv Ange Perugini grad <input type="checkbox"/> Perugini grad 1 (svagt positiv) <input type="checkbox"/> Perugini grad 2 (positiv) <input type="checkbox"/> Perugini grad 3 (starkt positiv) <input type="checkbox"/> Gradering enligt Perugini saknas
6MWT (6 minuters gångtest) <input type="checkbox"/>	Ange antal meter i heltal Antal meter:m	

Labbprover

Albumin labsvar saknas <input type="checkbox"/>	P-albumin (g/l): Används för att beräkna mBMI Värdet får vara max 100.
Troponin T labsvar saknas <input type="checkbox"/>	P-troponin T (ng/l): Värdet får vara max 1000.
Troponin I labsvar saknas <input type="checkbox"/>	P-troponin I (ng/l): Värdet får vara max 1000.
Pro-BNP labsvar saknas <input type="checkbox"/>	P-Pro-BNP (ng/l): Värdet får vara max 70000.
Kreatinin labsvar saknas <input type="checkbox"/>	P-kreatinin (µmol/l): Värdet får vara max 1000.
B-TPK (10⁹/l)	B-TPK (10⁹/l): Värdet får vara max 10000.
S-TTR (g/l)	S-TTR (g/l): Värdet får vara max 10.
Proteinuri <input type="checkbox"/> Proteinuri föreligger (tidigt tecken på amyloid nefropati)	