

Addison

Årskontroll

Versjon 1.0, anvendes ved registrering av alle pasienter fra og med 1.oktober 2014

Pasient

| Kjønn | 1 Mann | 2 Kvinne | Personnummer | | |
|-------|--------|----------|--------------|--|--|
| Navn | | | Adresse | | |

Addison diagnosekriterier

Addison type

- 1 Autoimmun/idiopatisk
- 2 Enzymdefekt
- 3 Adrenalektomi
- 4 Infeksjon
- 5 Andre

Diagnoseår Addison

| _ | | _ |
|---|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Høyt ACTH, lav kortisol

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Patologisk Synacthen® test

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent
- 4 Ikke utført

Kronisk bruk av kortison/fludrokortison

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Positiv for 21-hydroks. antistoff?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Addisonkriser m.m.

Addisonkrise noensinne?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Norsk Steroidkort utlevert?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Kortisonsprøyte forordnet?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Addisonkrise ved debut?

- 1 Ja
- Nei
- 3 Ukjent

Doseøkinger av kortison siste 52 uker?

- 1 Ja
- 2 Nei
- 3 Ukjent

Antall dager med økt dosering siste 52 uker

Addisonkrise siste året?

- 1 Ja
- Nei
- 3 Ukjent

Antall innleggelser

Innleggelser pga. Addisonkriser siste 52 uker.

Merk: Siste 52 uker referer til det siste året før kontrolldato (se neste side).

Komorbiditet / komplikasjoner Koronarsykdom Siste beintetthetsmåling Osteoporose Definert som BMD T-Score i rygg eller 1 Ja Dato utført hofte under -2.5 eller patologisk brudd. Svarer til ICD-10 koder M80 og M81. 2 Nei T-score rygg SD L2 - L4 3 Ukjent 1 Ja T-score hofte SD 2 Nei Dårligste side Diagnoseår 3 Ukjent Klinisk undersøkelse og behandling ved siste kontroll **Dato for kontroll** Høyde og vekt Merk: "Siste 52 uker" på forrige side referer til året før denne datoen. kg cm Sittende blodtrykk Glukokortikoid Døgndose Dosering i mg mmHg Preparatnavn morgen lunsj middag kveld Sum i mg Økt pigmentering 1 Ja Mineralkortikoid Døgndose Dehydroepiandrosteron Døgndose Sum i mg Preparatnavn Sum i mg Preparatnavn 2 Nei **Florinef DHEA** 3 Usikker Behandlende lege Fyll ut eller korriger **HPR-nummer** Navn

Dato

Avdeling

Signatur