

**Oppfølgingsskjema for mistenkt bivirkning av Procysbi:**

Spørreskjema for detaljert oppfølging av encefalopati

**Kun til kontorbruk****Hendelsesnummer****Dato mottatt av firma:**

(dd/mm/åå)

<b>Pasient</b>	<b>Mann</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>Kvinne</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Alder v/hendelse eller f.dat</b>	.....	
<b>Sykehus / ID-nr:</b>	.....	

<b>Beskrivelse av bivirkning</b>	
.....	
.....	
.....	
<b>Startdato</b>	<b>Sluttdato</b> (dd/mm/åå)

Vennligst ta:	Prøvedato	Prøvedato	Prøvedato	Prøvedato
AST				
ALT				
Alkalisk fosfatase				
Kalsium				
Elektrolytter				
Urea				
Kreatinin				
Trombocytall				

<b>Er toksikologisk screening sjekket?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når? (dd/mm/åå)
Evt. prøver og resultater	.....		
.....			

<b>Er CSF sjekket?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når? (dd/mm/åå)
Evt. prøver og resultater	.....		
.....			

<b>Er billedundersøkelser foretatt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når? (dd/mm/åå)
Evt. prøver og resultater	.....		
.....			

<b>Er EEG foretatt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja, når? (dd/mm/åå)
Evt. prøver og resultater	.....		
.....			

<b>Foreligger en anamnese som</b>	<input type="checkbox"/> Underliggende lever- eller galleveissykdom	<input type="checkbox"/> Høyt alkoholkonsum
<input type="checkbox"/> Faste, feilernæring, fedme	<input type="checkbox"/> Nylig hypotensjon eller stuvningssvikt	<input type="checkbox"/> Respirasjonssvikt
<input type="checkbox"/> Nyresykdom? Hvis ja, hvilken grad	.....	

<b>Var det noen neurologiske manifestasjoner?</b>			
Endret sinnstilstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Tale- /svelgevansker	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Muskelstivhet/-spasmer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Nystagmus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
		Tremor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

**Gi mer informasjon i feltet nedenfor dersom du svarte Ja på noen av disse spørsmålene**

Rapporterende lege farmasøyt andre:

Navn:

Adresse:

By:

Postnr.:

Signatur

**Kontaktinformasjon (e-post eller telefon)**

Dato:

(dd/mm/