

IZVEŠTAJ O PRAĆENJU PACIJENTA

Upitnik popunjavaju pacijent i lekar

Dragi pacijenti, dragi roditelji,

Molimo vas da popunite ovaj upitnik koji je pred vama što je pre moguće. Molimo vas da se pri sledećem susretu sa vašim lekarom posavetujete oko pitanja na koja niste sigurni kako da odgovorite.

Ime i prezime: _____

Datum: _____

Datum rođenja: _____

Datum kada su prikupljene poslednje informacije o pacijentu: _____

nema novih informacija za poslednjih godinu dana

Datum kada je pacijent poslednji put bio u vašem kliničkom centru na pregledu: _____

Trenutni zdravstveni status: živ nije više živ (popunite posebni upitnik)

ne pratimo ga više

pacijent je potpuno ozdravio i više se ne leči u vašem kliničkom centru.

Telesna težina pacijenta: _____

1. Da li ima promena u dijagnozi? NE DA, promene su sledeće

nije dijagnostikovana PID

postavljena je nova PID dijagnoza: _____

oštećeni gen: _____ nije pronađena mutacija nije rađena genetska analiza

Datum kada je urađena genetska analiza: _____ datum nepoznat

Obavljena sekvencijalna analiza gena:

genska sekvenca analiza celog genoma nije mi poznato

2. Da li trenutno primete imunoglobulinsku terapiju? DA NE

Ako je odgovor DA,

Koji proizvod primete (navedite fabričko ime i proizvođača): _____

Način primanja terapije: podkožno (subkutano) intravenski intramuskularno

Mesto primanja terapije: kućna terapija na klinici/u bolnici u ambulanti

Doza koju primete: _____ (_____ mg/kg) Koliko često primete: _____

Neželjeni efekti: DA NE nije mi poznato

Ako je odgovor DA, navedite preciznije:

anafilaktički šok

aseptični meningitis

tromboza vene

glavobolja

lokalni simptomi (svrab, pojačano lučenje pljuvačke)

tromboza arterije

bubrežna insuficijencija

pojačana temperatura

nešto drugo (navedite šta): _____

3. Da li ste ikada bili izloženi intervenciji kao što je presađivanje stem ćelija?

DA NE nije mi poznato

Ako je odgovor DA, navedite datum transplantacije: _____

Ko je bio donator:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Identični srodnik donator
- brat/sestra | <input type="checkbox"/> Neidentični nesrodni
donator | <input type="checkbox"/> Drugi srodnik donator |
| <input type="checkbox"/> Neidentični srodnik
donator | <input type="checkbox"/> Haploidni donator
(roditelj) | <input type="checkbox"/> Nije mi poznato |

4. Da li ste ikada bili lečeni genskom terapijom? DA NE nije mi poznato

Ako je odgovor DA, navedite datum: _____

Ako ste više od jednom bili podvrgavani genskoj terapiji objasnite detaljnije na posebnom listu papira.

HVALA VAM ŠTO STE POSVETILI SVOJE VREME ESID REGISTRU !

