Osteosarkom (potensiell risiko fra prekliniske funn)

**MÅLRETTET OPPFØLGNINGSSKJEMA**

**for osteosarkom**

|  |
| --- |
| **1.) Patientdetaljer** |
| **Initialer:**  **Fødselsår:**  **Etnisk opprinnelse:**  **Kjønn:**  **Alder på tidspunktet for reaksjonen:**      **år**  **Høyde:**       **cm**  **Vekt:**       **kg** |

|  |
| --- |
| **2.) Medisinering** |
| Angi en kort beskrivelse av pasientens nåværende og tidligere legemiddelbehandling  *(Produktnavn, virkestoff, administrasjonsvei. Daglig dose (mg), startdato, sluttdato, indikasjon)*     |  | | --- | | Tidligere legemiddelbehandlinger:  Nåværende legemiddelbehandlinger:  Tar pasienten legemidler som mistenkes å være assosiert med økt risiko for osteosarkom? | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.) Angi følgende informasjon vedr. Movymia-administering i tabellen nedenfor**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Indikasjon: | Administrasjonsvei: | Produktnavn:  Produksjonsnummer: | | Angi navnene på teriparatidholdige produkter som pasienten tidligere er behandlet med:  Teriparatidholdig produkt i nåværende behandling: | | | | Ny bruker: | Behandlingbytte (spesifiser nedenfor): | Gjenopptatt behandling: | | Dato *(dd/mmm/åååå)* | | | | Dato for første administrering av Movymia:    /   /  Dato for siste administrering:    /   /  Hyppighet av administrering: | Dato for første administrering av andre teriparatidholdige produkter:    /   /  Dato for bytte (spesifiser nedenfor):    /   /  Dato for siste administrering:    /   /  Hyppighet av administrering: | Dato for første administrering av Movymia:    /   /  Dato for gjenopptakelse av behandlingen:    /   /  Dato for siste administrering:    /   /  Hyppighet av administrering: | | Overdosering: | | | | Fikk pasienten mer enn 20 mikrogram daglig? | Hvis ja, angi total mengde administrert av Movymia:        mikrogram | Hvis ja, angi hyppighet av administrering:        mikrogram /       dag | | Handling utført med Movymia: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.) Angi en kort beskrivelse av reaksjonens utfall**  Hvis opphørt, angi en dato:  Hvis opphørt med ettervirkninger eller opphørt, spesifiser omstendighetene:  **5.) Medisinsk historie.**  Angi en kort beskrivelse av pasientens kjente anamnese (f.eks. medisinske forhold (både tidligere og grunnleggende), kirurgiske inngrep, strålebehandling, traumer eller skader ved tumorstedet, eksponering for pesticider).   |  | | --- | | Angi følgende informasjon ved tilfeller med malign sykdom: | | * Primær malign tumor (inkludert stadium): | | * Startdato:   /   / | | * + Sykdomsforløp med nøyaktig dato i kronologisk rekkefølge: | | * Sekundær malign tumor (inkludert stadium): | | * + Startdato:   /   / | | * + Sykdomsforløp med nøyaktig dato i kronologisk rekkefølge: |   Har pasienten eller har pasienten hatt noen av følgende forhold?  Røyker  Alkoholinntak  Retinoblastom  Strålebehandling  13q14-mutasjon  Pagets sykdom  Traumer eller skader ved tumorstedet  Eksponering for pesticider/petrokjemikalier  Li-Fraumeni-syndrom (p53-mutasjon)  Yrkesmessig strålingseksponering  Bor i nærheten av et atomkraftverk  Andre forhold forbundet med osteosarkom Spesifiser: |

|  |
| --- |
| **6.) Pasientens sykdomshistorie**  Inneholder familieanamnesen maligne sykdommer?  Hvis ja, spesifiser:  Angi relevant/signifikant familieanamnese: |

|  |
| --- |
| **7.) Oppgi en kort beskrivelse av alle tilgjengelige laboratoriedata, elektrofysiologiske data, bildedata eller resultater. Disse dokumentene skal legges ved spørreskjemaet.** |
| **Vær spesielt oppmerksom på personsensitive opplysninger.** |