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.** |