

**Oppfølgingskjema for spesielle hendelser****Pasientdetaljer:** Alder _____ Fødselsdato _____ Kjønn M K **Dexfarm-eksponering:** Startdato _____ Sluttdato: _____**Tid til hendelse(r) etter siste dose:** _____**Reaksjon(er):** (Angi beskrivelse av funn, assosierte symptomer og klinisk forløp)

Tidligere historie / historie i forkant av hendelsenHallusinasjoner nei ja – Beskrivelse: _____Mani nei ja – Beskrivelse: _____Psykotiske episoder/sykdom nei ja – Beskrivelse: _____

Spesifiser enhver familiehistorie med psykotisk sykdom Beskrivelse: _____

Vekstproblemer nei ja – Beskrivelse: _____Anoreksi nei ja – Beskrivelse: _____Selvmordstanker nei ja – Beskrivelse: _____

Spesifiser enhver familiehistorie med psykotisk sykdom Beskrivelse: _____

Alvorlige hudreaksjoner nei ja – Beskrivelse: _____

Spesifiser eventuelle tidligere reaksjoner på mistenkt legemiddel Beskrivelse: _____

Kardiovaskulær/iskemisk hjertesykdom nei ja – Beskrivelse: _____Vaskulitt nei ja – Beskrivelse: _____Infeksjoner (virale, HIV, EBV, CMV, HHV-6) nei ja – Beskrivelse: _____Kreft nei ja – Beskrivelse: _____Annen relevant historie nei ja – Beskrivelse: _____**Andre samtidige legemidler**

Angi alle samtidige legemidler (inkludert urtepreparater) som ble tatt ved tidspunktet for reaksjonen (inkludert tidsrom mellom doseringen og oppstart av reaksjonen, hvis kjent)

Beskrivelse: _____

Tilleggsopplysninger: _____

Har pasienten blitt henvist til en annen spesialist? nei ja – Beskrivelse: _____

**Oppfølgingskjema for spesielle hendelser**

Diagnostiske funn og laboratoriefunn: Vennligst legg ved eller oppsummer tilgjengelige resultater **ELLER** andre tilleggsprøver som er bestilt.

Hudbiopsi nei ja – dato () Beskrivelse: _____

Rutinemessig hematologi og biokjemi

Laboratoriedata	Høyest (hvis relevant)		Baseline eller historisk		Normalområde	Ved bedring (eller nåværende)	
	Verdi	Dato	Verdi	Dato		Verdi	Dato

Annet _____

Ytterligere detaljer om bivirkningen:

Inkluder informasjon relatert til resultater fra tilleggsprøver, klinisk forløp, behandling og utfall av bivirkningen, som hensiktsmessig. Vennligst spesifiser dersom ingen behandling er gitt. Vennligst også spesifiser akutthåndtering, f.eks. gjenopplivning.
