

**Oppfølgingskjema for mistenkt bivirkning av Procsybi:**

Spørreskjema for detaljert oppfølging av 'mulige tegn som indikerer fibroserende kolonopati'

**Kun til kontorbruk**

<b>Hendelsesnummer</b>	
<b>Dato mottatt av firma:</b>	(dd/mm/åå)

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

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

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

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

<b>Foreligger en anamnese med</b>	<input type="checkbox"/> Abdominalsmarter	<input type="checkbox"/> abdominal distensjon	<input type="checkbox"/> Uttalt forstoppelse
<input type="checkbox"/> Vedvarende diaré	<input type="checkbox"/> Rektalblødning	<input type="checkbox"/> Vedvarende oppkast	
<input type="checkbox"/> Tarmkirurgi? Hvis ja, hvilken type	_____		

<b>Var det noen systemiske manifestasjoner?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
---	--

<b>Gi mer informasjon i feltet nedenfor dersom du svarte Ja på noen av disse spørsmålene</b>
_____
_____
_____
_____

<b>Rapporterende</b> <input type="checkbox"/> lege <input type="checkbox"/> farmasøyt <input type="checkbox"/> andre:	<b>Kontaktinformasjon (e-post eller telefon)</b>
Navn: _____	
Adresse: _____	
By: _____	
Postnr.: _____	<b>Dato:</b> _____ (dd/mm/åå)
Signaturen _____	