

# Lunga uppföljningsformulär (2023-04-24)

Namn: .....	Personnr: .....
Datum transplantation .....	Uppföljning nr .....
Follow-up datum: .....	Follow-up år: .....

Persondata						
Längd <sub>cm</sub>	Vikt <sub>kg</sub>	BP <sub>mmHg</sub>	/	<input type="checkbox"/> ND	HR <sub>bpm</sub>	Röker: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

<b>Huvudsakliga sysselsättning</b>	<input type="checkbox"/> Pensionär
	<input type="checkbox"/> Yrkesarbetar/studer
	<input type="checkbox"/> Sjukpenning/sjukersättning på grund av nedsatt lungfunktion
	<input type="checkbox"/> Sjukpenning/sjukersättning annan orsak

Händelser sedan senaste uppföljning						
<b>CLAD</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> BOS1	<input type="checkbox"/> BOS2	<input type="checkbox"/> BOS3	<input type="checkbox"/> RAS
<b>Oplanerade vårdtillfällen</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Antal .....			
<b>Behandlad rejektion</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Antal .....			
<b>Infektion:</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Bacterial	<input type="checkbox"/> Bact septic	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Annan Virus	
		<input type="checkbox"/> Aspergillus	<input type="checkbox"/> Annan svamp	<input type="checkbox"/> Pne Jir	<input type="checkbox"/> Annan infektion	
<b>Lokalisation</b>		<input type="checkbox"/> Lunga	<input type="checkbox"/> Urinvägar	<input type="checkbox"/> GI	<input type="checkbox"/> Annan lokalisation	
<b>Malignitet:</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> PTLD	<input type="checkbox"/> De novo solid	<input type="checkbox"/> Metastas	<input type="checkbox"/> Annan
<b>Dil av bronkanastomos</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, och fått stent			
<b>TIA/Stroke:</b>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> TIA	<input type="checkbox"/> Stroke			
<b>Annan organtransplantation:</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, Njurtransplantation		<input type="checkbox"/> Ja, Levertransplantation		
<b>Venös embolism</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, Lungemboli		<input type="checkbox"/> Ja, DVT	<input type="checkbox"/> Ja, Lungemboli och DVT	
<b>Graviditet:</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, pågående		<input type="checkbox"/> Ja, Missfall/abort		
<b>Hjärtinfarkt</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, och genomgått PCI/CABG			

Lab och njurfunktion		
Kreatinin	mGFR	GFR ND <input type="checkbox"/>

<b>Cor-angio (CAV)</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, okänd gradering	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
------------------------	------------------------------	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

Behandling av kroniska tillstånd efter lungtransplantation						
<b>Hypertension</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<b>Flimmer/fladder</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> EKG, ej utfört
<b>Hjärtsvikt</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja				
<b>Diabetes</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Diet	<input type="checkbox"/> Tablettbeanendlad	<input type="checkbox"/> Insulin		
<b>Bakteriell kolonisation</b>	<input type="checkbox"/> Nej	<b>Dialysis</b>		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	

Läkemedel				
<input type="checkbox"/> Tacrolimus	<input type="checkbox"/> Cyclosporin	<input type="checkbox"/> MMF/MFA	<input type="checkbox"/> Azathioprine	<input type="checkbox"/> Everolimus
<input type="checkbox"/> Sirolimus	<input type="checkbox"/> Steroider	<input type="checkbox"/> Statiner	<input type="checkbox"/> ASA	<input type="checkbox"/> Azitromycin

Lungfunktion Datum .....

	Uppmätt	% Referensvärde
FEV 1,0		
FVC		
CO-diff		
RV		
TLC		

Ifylld av ..... Datum .....