

ФОРМУЛАР ЗА ПРАЋЕЊЕ БОЛЕСНИКА СА РЕУМАТОИДНИМ АРТРИТИСОМ

(сви прегледи након првог)

Име и презиме болесника: _____

ЈМБГ болесника: _____

датум: _____

HAQ индекс: _____

Број отечених зглобова: _____ Број осетљивих зглобова: _____

Процена активности болести лекара на VAS скали (0-100): _____

Вредност седиментације еритроцита (SE): _____ Вредност CRP-а: _____

DAS28: _____ CDAI: _____ SDAI: _____

Функционална класа реуматоидног артритиса: _____

Стадијум радиографског оштећења по Штајнброкеру: 1)први 2)други 3)трећи 4)четврти

(уколико је рађено при овом прегледу, при првом прегледу обавезно)

Упишите присутне ванзглобне манифестације:

Уколико је при овом прегледу рађено уписати (при првом прегледу обавезно):

Антитела (заокружи и упиши титар): RF _____ АСРА _____ АНА _____

Остеодензитометријски налаз: T=_____ L кичма, T=_____ кук

Да ли је болесник при овој посети хоспитализован? Уколико јесте, уписати разлог и дужину трајања хоспитализације. _____

Нежељени ефекти лекова:

ОВДЕ УНЕТИ КРАТАК УПИТНИК О ВРСТИ НЕЖЕЉЕНОГ ЕФЕКТА И ЊЕГОВОМ ИСХОДУ

АКТУЕЛНО ЛЕЧЕЊЕ

Унети лекове које болесник сада користи:

Назив лека (заокружити): Нестероидни анти-реуматски лек (диклофенак, бруфен, напроксен, мовалис и други – УПИШИ ИМЕ ЛЕКА _____)/ Метотрексат/ Сулфасалазин / Проднизон / Метилпреднизолон / хлороквин / хидроксихлороквин / лефлуномид / азатиоприн / Енбрел / Хумира / Ремикејд / Симпони/ Актепра / Мабтера

Доза лека: _____ Начин примене (per os, IM, SC, IV): _____

Почетак лечења овим леком (месец, година): _____

Уколико се не наставља примена исте дозе лека, изабрати:

1. Промена дозе:
 - а. Уписати нову дозу: _____
 - б. Уписати разлог промене дозе: _____
2. Прекид лечења:
 - а. Датум прекида лечења: _____
 - б. Уписати разлог завршетка лечења: _____

Назив лека (заокружити): Нестероидни анти-реуматски лек (диклофенак, бруфен, напроксен, мовалис и други – УПИШИ ИМЕ ЛЕКА _____)/ Метотрексат/ Сулфасалазин / Проднизон / Метилпреднизолон / хлороквин / хидроксихлороквин / лефлуномид / азатиоприн / Енбрел / Хумира / Ремикејд / Симпони/ Актепра / Мабтера

Доза лека: _____ Начин примене (per os, IM, SC, IV): _____

Почетак лечења овим леком (месец, година): _____

Уколико се не наставља примена исте дозе лека, изабрати:

1. Промена дозе.
 - а. Уписати нову дозу: _____
 - б. Уписати разлог промене дозе: _____
2. Прекид лечења:
 - а. Датум прекида лечења: _____
 - б. Уписати разлог завршетка лечења: _____

Назив лека (заокружити): Нестероидни анти-реуматски лек (диклофенак, бруфен, напроксен, мовалис и други – УПИШИ ИМЕ ЛЕКА _____)/ Метотрексат/ Сулфасалазин / Проднизон / Метилпреднизолон / хлороквин / хидроксихлороквин / лефлуномид / азатиоприн / Енбрел / Хумира / Ремикејд / Симпони/ Актепра / Мабтера

Доза лека: _____ Начин примене (per os, IM, SC, IV): _____

Почетак лечења овим леком (месец, година): _____

Уколико се не наставља примена исте дозе лека, изабрати:

1. Промена дозе.

а. Уписати нову дозу: _____

б. Уписати разлог промене дозе: _____

2. Прекид лечења:

а. Датум прекида лечења: _____

б. Уписати разлог завршетка лечења: _____

Попунио:

Датум:
