

**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 hendelsen**Hallusinasjoner  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 tilleggsp prøver 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 tilleggsp prøver, klinisk forløp, behandling og utfall av bivirkningen, som hensiktsmessig. Vennligst spesifiser dersom ingen behandling er gitt. Vennligst også spesifiser akutthåndtering, f.eks. gjenopplivning.

---



---



---



---

Date	Version	Change log	Initials
2024-08-13	1	New	CASOE/LEHAN