



Nationellt MS-Register

SMSreg

www.msreg.net

ml september 2009

Pnr _____

Patienten har givit sitt
informerade samtycke Ja

Samtycke inhämtat av _____

PAL _____

**Då en ny patient ska registreras är hela denna
sidan obligatorisk!!!!**

Medicinsk historia

Sjukdomsdebut År _____ Mån _____ Dag _____ Uppskattat

MS i släkten? Ja Nej

Debutsymtom

Skov vid debut Ja Nej

Vid ja, fyll i nedanstående uppgifter

Isolerat ON Ja Nej

Övrig rent afferent* Ja Nej

Endast ett system involverat vid debut Ja Nej

Fullständig remission inom 12 månader Ja Nej

Diagnos

MS **Diagnosdatum** _____ **Förlopp:** RR SP PP PR

Possible MS

CIS / övrig

Konversion RR till SP årtal _____

CIS = Clinically Isolated Syndrome (ett kliniskt skov)

MRI datum _____

LP / CSF datum _____

Patologisk enl Barkhof / Tintorés kriterier¹⁾

Patologisk enl McDonalds kriterier²⁾

Stödjer MS, ej enl Barkhof / Tintorés kriterier

Övriga patologiska fynd

Övriga patologiska fynd

Normal

Normal

Ej utförd

Ej utförd

1) Barkhofs MRI-kriterier minst 3 av 4 av följande:

- ≥ 1 Gadoliniumuppladdande lesion
eller 9 hyperintensa lesioner på T2
- ≥ 1 Infratentoriell lesion
- ≥ 1 Juxtacortikal lesion
- ≥ 3 Periventrikulära lesioner

En spinal lesion kan ersätta en cerebral

2) Likvor enl McDonalds kriterier

Oligoklonala band i likvor – och ej i serum
eller förhöjt IgG-index

* **Rent afferenta symtom** - Opticus Neurit (ON),
enbart sensoriska symtom inkl. sensorisk ataxi pga
bakstängspåverkan och/eller centralt vestibulära
symtom (ex. Vestibulär yrsel, oftast läges-
ändringsyrsel, Vestibulär Nystagmus, Vestibulär
dysmetri/nystagmus) **INO och Cerebellära symtom**
inräknas **inte** i rent afferenta symtom.

Obligatorisk uppgift!

Besöksdatum: _____

Obligatorisk uppgift!

Vårdgivare: _____

Uppgifter på **första** sidan ifylles vid återbesök endast om:

- Patienten genomgått ny MRI / LP
- Ny diagnos (ex RR till SP)
- Basdata behöver korrigeras / kompletteras

SKOV Obligatorisk uppgift!

Pågående skov i samband med besöket

 Ja NejNytt skov mellan besök **Obligatorisk uppgift!**
 Ja Nej Om ja, hur många skov? _____ Vid flera skov mellan besöken, beskriv varje skovs debutsymtom enligt uppgifter nedan.

Verifierad av

 Neurolog Annan läkare Anamnes

Debutsymtom (vid aktuellt skov)

 Monosymtom ON Ja Nej Monofokal Ja Nej
 Övrig rent afferent Ja Nej Fullständig remission Ja Nej

EDSS värde: _____

Obligatorisk uppgift!Har en **ny MRI** gjorts sedan Ja Datum _____
 Nej Patologisk enl Barkhof, Stödjer MS men ej enl Barkhof, Övr patologiska fynd Normal**Ingen behandling**Fyll i lämplig anledning att avstå behandling nedan
(endast ett alternativ är möjligt)
 Oklar diagnos SP/MS PP/MS Stabilt tillstånd Godartad MS
 Patient- Graviditet Sociala Oacceptabla Annan orsak
 beslut skäl biverkningar
Immunmodulerande behandling**Ordination**
år-mån-dag**Insatt**
år-mån-dag**Utsatt**
år-mån-dag
 Avonex 30 µg 1 x/vecka im
 Betaferon 0,25 mg v.a.d sc
 Copaxone 20 mg dagl sc
 Rebif 22 µg Rebif 44 µg 3x/vecka sc
 Mitoxantrone 12 mg/m² var 3:e mån iv
 Tysabri 300 mg/mån iv

Övrig: _____ Dos: _____ Adm: _____

Utsättningsorsak av immunmodulerande behandling (senaste preparatet)
 Biverkningar Bristande effekt Stabilt tillstånd Antikroppar mot medicinen
 Graviditet Annan orsak
I allmänhet, skulle du vilja säga
att ditt hälsotillstånd är
 Utmärkt Gott Dåligt
 Mycket gott Någorlunda Värde saknas
Övrigt

Längd: _____ Vikt: _____

Ingår i studie?Beh Ja NejÖvr Ja Nej**Om ja vilken studie?**
