

SveATTR Bakgrund

Inskrivande enhet

Inrapportör

Initierad

Inr.datum

Personuppgifter

Personnummer: _____

Efternamn: _____

Förnamn: _____

Gatuadress: _____

Postnummer: _____

Postadress: _____

Kön: Man ☐ Kvinna ☐

LK: _____

Distriktskod: _____

Bakgrund

Ursprung (Land):

Län:

Kommun:

Diagnostik

Frisk anlagsbärare

Ja ☐ Nej ☐

Datum för Gentest
(åååå-mm-dd):

TTR-mutation:

Ja ☐ Nej ☐

Om TTR-mutation = Ja

Genotyp (Ange påvisad
TTR-mutation):

Ange genupsättning:

Homozygot ☐

Heterozygot ☐

Nedärvning:

Mor ☐

Far ☐

Okänd ☐

Samsjuklighet

Relevant samsjuklighet:

Ja ☐ Nej ☐

Om Ja:

Minst en sjukdomshistoria måste vara ikryssad i höger kolumn

Karpaltunnelsyndrom ☐

Datum: _____

Spinal stenosis ☐

Datum: _____

Hypertoni ☐

Datum: _____

Ischemisk hjärtsjukdom ☐

Datum: _____

Diabetes ☐

Datum: _____

Kol ☐

Datum: _____

Kronisk njursvikt ☐

Datum: _____

Ped. Nummer:
