

**Procysbi-hoitoon liittyvän epäillyn haittavaikutuksen seurantalomake:**

Kyselylomake fibrotisoivaan kolonopatiaan viittaavien oireiden seurantaan

**Vain yrityksen käyttöön**

|                     |            |
|---------------------|------------|
| <b>Tapausnumero</b> |            |
| <b>Saapui:</b>      | (pp/kk/vv) |

|  |  |
|--|--|
| <b>Potilas</b>   | <b>Mies</b> <input type="checkbox"/>   |
|  | <b>Nainen</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Ikä tapahtuma-<br/>hetkellä tai<br/>syntymäaika</b> | .....                                  |
| <b>Sairaalan/<br/>potilaan tunniste:</b>               | .....                                  |

|                                 |                           |
|---------------------------------|---------------------------|
| <b>Haittavaikutuksen kuvaus</b> |                           |
| .....                           |                           |
| .....                           |                           |
| .....                           |                           |
| <b>Alkoi</b>                    | <b>Päättyi</b> (pp/kk/vv) |

|  |  |                     |            |
|--|--|---------------------|------------|
| <b>Onko tehty vatsan röntgentutkimus ja ultraäänitutkimus?</b> | <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei | Jos kyllä, milloin? | (pp/kk/vv) |
| Jos kyllä, mitkä tutkimukset ja mikä oli tulos?                |  |                     |            |
| .....  |  |                     |            |
| .....  |  |                     |            |

|   |  |                     |            |
|---|--|---------------------|------------|
| <b>Onko tehty kolonoskopia ja mahdollisesti otettu koepaloja?</b> | <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei | Jos kyllä, milloin? | (pp/kk/vv) |
| Jos kyllä, mitkä tutkimukset ja mikä oli tulos?                   |  |                     |            |
| .....   |  |                     |            |
| .....   |  |                     |            |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <b>Onko anamneesissa</b>                                   | <input type="checkbox"/> mahakipu                | <input type="checkbox"/> vatsan pullottaminen | <input type="checkbox"/> vaikea ummetus |
| <input type="checkbox"/> jatkuva ripuli                    | <input type="checkbox"/> verenvuoto peräsuolesta | <input type="checkbox"/> jatkuva oksentelu    |   |
| <input type="checkbox"/> suolistoleikkaus? Jos kyllä, mikä |  |   |   |
| .....  |  |   |   |

|                                   |                                |                             |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| <b>Oliko systeemisiä oireita?</b> | <input type="checkbox"/> kyllä | <input type="checkbox"/> ei |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|

|  |
|--|
| <b>Jos vastasitte "kyllä" johonkin kysymykseen, voitte antaa lisätietoa tässä kohdassa</b> |
| .....  |
| .....  |
| .....  |
| .....  |

|  |  |            |            |
|--|--|------------|------------|
| <b>Ilmoituksen antaja:</b> <input type="checkbox"/> lääkäri <input type="checkbox"/> farmaseutti | <b>Yhteystiedot (sähköposti tai puhelin)</b> |            |            |
| <input type="checkbox"/> muu:  |  |            |            |
| Nimi: .....  |  |            |            |
| Osoite: .....  |  |            |            |
| Postinro: .....  | Allekirjoitus: .....                         | Pvm: ..... | (pp/kk/vv) |