

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Giltig från: 2025-10-28

Innehållsansvar: Marie Kebke, (marjo428), Specialistläkare

Giltig till: 2027-10-28

Granskad av: Marie Kebke, (marjo428), Specialistläkare

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

## Biologiska läkemedel – Inför behandlingsstart

Datum: \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Läkare: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_

Preparat: \_\_\_\_\_ Diagnos: \_\_\_\_\_

Önskad starttid:  
\_\_\_\_\_

Tidigare behandling med biologiska prep?      Ja †      Nej †

	Ej aktuellt	Aktuellt	Utfört	Datum	Sign	Kommentar
ANA - screen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tuberkulosanamnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Quantiferon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Lungröntgen (inte äldre än 6 mån)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Hepatit B (anti-HBc, anti HBs, HbsAg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Utredning hjärtsvikt? (överväg BNP, EKG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Tandstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Opererat bort mjälte	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>			

	Ej aktuellt	Aktuellt	Utfört	Datum	Sign	Kommentar
Influensavaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Pneumovax *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
Prevenar 20 *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
RA-registret (SRQ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

\*Se SRF-riktlinje avseende vaccination.

Patient: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

TB-anamnes:

1. Har du långvarig hosta (>3 veckor), slembildning från luftrör > 1 månad, feberperioder, viktnedgång, nattliga svettningar, svullnad på halsen?
2. Har du haft tuberkulos? När? Var? Behandling?
3. Anhörig eller nära kontakt med Tuberkulos? Vem o när?
4. Har du i arbetet kommit i kontakt med Tuberkulos?
5. BCG-vaccinerad? Var o när?
6. Är du född utanför Sverige? Var o hur länge vistades du där?
7. Har du vistats mer än 3 månader utanför Norden? Var? Hur länge?
8. Född i Norden före 1950?
9. Har du eller har du haft missbruksproblem?
10. Har du arbetat eller vistats i flyktingläger, fängelse?
11. Arbetar du eller har du arbetat på sjukhus?

Riskgrupp Hepatit B: (överväg vaccination om serologi negativ)

1. Intravenös narkotikamissbrukare.
2. Män som har sex med män.
3. Interner på fängelse.
4. Sexualpartner till person med akut eller kronisk Hepatit B
5. Familjemedlem i familj med kronisk HBsAG-bärare.
6. Person med kronisk hepatit C eller HIV.
7. Person med ursprung i medel/hög endemiskt land.
8. Hemodialys.
9. Person som i sitt arbete kommer i kontakt med personer med hepatit B och inte är vaccinerad

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Generella direktiv om läkemedelsbehandling

**Gäller för:** Neuro- och rehabiliteringsklinik

**Innehållsansvar:** Marie Kebke, (marjo428), Specialistläkare

**Granskad av:** Marie Kebke, (marjo428), Specialistläkare

**Godkänd av:** Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9663-236895260-4

**Version:** 13.0

**Giltig från:** 2025-10-28

**Giltig till:** 2027-10-28