

Checklista för insättning av biologisk behandling

Patientetikett:	Diagnos:
-----------------	----------

Aktuellt PASI: _____

Aktuellt DLQI: _____

Sjukdomshistoria	Ja/Nej	Kommentar
Tidigare systemläkemedel	J / N	
Andra läkemedel	J / N	
Demyeliniserande sjukdom hos pat. eller familj, d.v.s. förstagrads-släkting (t.ex. MS: optisk neurit)	J / N	
Tecken och symptom på aktiv tuberkulos (TB). Tidigare TB. Anhörig eller annan nära kontakt med TB.	J / N	
Anamnes på hep B, hep C, hiv	J / N	
Anamnes på allergier (t.ex. latex)	J / N	
Tidigare historia av maligniteter (förutom NMSC)	J / N	
Anamnes på hjärtsvikt	J / N	
Anamnes på ledvärk	J / N	
Anamnes på inflammatorisk tarmsjukdom	J / N	

Anamnes på rökning	J / N	
Planerad kirurgi (om ja, följ riktlinjer)	J / N	
Graviditetsprevention (om relevant, följ riktlinjer)	J / N	
Immunsuppression sen 3 mån	J / N	

Ljusbehandlingar	Ja/Nej	Kommentar
200 PUVA	J / N	
>350 UVB	J / N	

Tuberkuloscreening	Ja/Nej	Kommentar
Hälsodeklaration med avseende på TB	J / N	
Lungröntgen och Quantiferontest	J / N	
Remiss till tuberkulospecialist om positivt utfall i TB-screeningen	J / N	

Rekommenderade vaccinationer innan behandlingsstart	Ja/Nej	Kommentar
Influensa	J / N	
Lunginflammation	J / N	
Bältros	J / N	

Klinisk undersökning	Ja/Nej	Kommentar
Längd	J / N	
Vikt	J / N	
Midjemått	J / N	
Blodtryck	J / N	
Helkroppsundersökning	J / N	
Lymfkörtlar	J / N	

Blodprover	Ja/Nej	Kommentar
Hb, LPK, TPK B-celler (diff), ALAT	J / N	
Hepatit B/C, HIV	J / N	
Graviditetstest	J / N	
För barn: Varicella-antikroppar	J / N	

Övrigt	Ja/Nej	Kommentar
Registrering i PsoReg	J / N	
Behandlingsplan hudsjukdom i journal	J / N	
Information om psoriasissskolan	J / N	