

Diagnostik vid misstänkt hypofysinsufficiens, postoperativ utredning

Patient-ID: _____

Operationsdag: _____ - _____ - _____

Inkomstdag: _____ - _____ - _____

Daglig elstatus, specifik vikt, vätske- och urinmätning så länge som erfordras.

Öron- och ögonkonsult enligt operationsberättelse, se Melior

(Obs! SSK ansvarar för att boka tid på ÖNH-mott enligt operationsberättelse).

Dag 1 på avdelning ENDO: _____ - _____ - _____ **Taget**

CRP	<input type="checkbox"/>
Hb, LPK, TPK.....	<input type="checkbox"/>
B-Glukos	<input type="checkbox"/>
S-Natrium, S-Kalium, S-Calcium, S-Albumin, S-Kreatinin.....	<input type="checkbox"/>
S-ASAT, S-ALAT, S-ALP, S-Bilirubin	<input type="checkbox"/>
Urinsticka.....	<input type="checkbox"/>
S-Fritt T4, S-TSH.....	<input type="checkbox"/>

Dag då kortison sätts ut: _____ - _____ - _____ **Sista dosen given kl** _____

Dag 1 efter kortisonutsättning: _____ - _____ - _____

Sista dosen för 24 timmar sedan.

S-Kortisol kl 08.00.....

Dag 2 efter kortisonutsättning: _____ - _____ - _____

S-Kortisol kl 08.00.....

Dag 3 efter kortisonutsättning: _____ - _____ - _____

S-Kortisol kl 08.00.....

S-Fritt T4, S-TSH.....

S-Östradiol (kvinnor).....

S-Testosteron (män).....

S-SHBG

S-FSH, S-LH.....

S-IGF-1

S-Prolaktin

www.sahlgrenska.se

