

**GYDYTOJO FORMA: Lietuvos reumatinių ligų biologinės terapijos duomenų bazė**

Asmens kodas \_\_\_\_\_

Paciento vardas, pavardė \_\_\_\_\_

Įvertinimo data \_\_\_\_\_

Lytis:

 Vyras Moteris

Svoris (kg) \_\_\_\_\_

Ūgis (cm) \_\_\_\_\_

**Dabartinė ligos būklė**

Gydytojo globalinis ligos vertinimas

Neaktyvi liga

Labai aktyvi liga

Paciento savijautos  
globalinis vertinimas(mm)Paciento skausmo  
vertinimas (mm)

HAQ

ENG

CRB

Sutinę sąnariai Skausmingi sąnariai Sutinę sąnariai 28 Skausmingi sąnariai 28 **Diagnozė(TLK-10):** \_\_\_\_\_**Radiologinės erozijos:** Taip Ne**Sakroileitas:** Taip, jei taip, laipsnis: (dx): \_\_\_\_\_ Ne (sin): \_\_\_\_\_**Diagnozės nustatymo metai:** \_\_\_\_\_**RF** Seropozitivi liga Seronegativi liga**Anti-CCP:** Taip Ne**ŽLA-B27:** Taip Ne**Pacientui skirti vaistai**

Biologinis vaistas \_\_\_\_\_

Vaistas

Dozavimas

***Jei biologinė terapija buvo pakeista ar modifikuota:***Pakeista:  Nutraukta  Pauzė  Dozės pakeitimas  Perėjimas prie kito vaisto  KitaPakeitimo priežastis:  Nepageidaujama reakcija\*  Nepakankamas efektas  Remisija  Kita\*) *nepageidaujamų reakcijų forma turi būti užpildyta*

Reguliariai Pagal reikalą Nevartoja

NSVNU...............Analgetikai...............Oraliniai gliukokortikoidai...............LMV...............LMV2...............LMV3...............

Vaistas

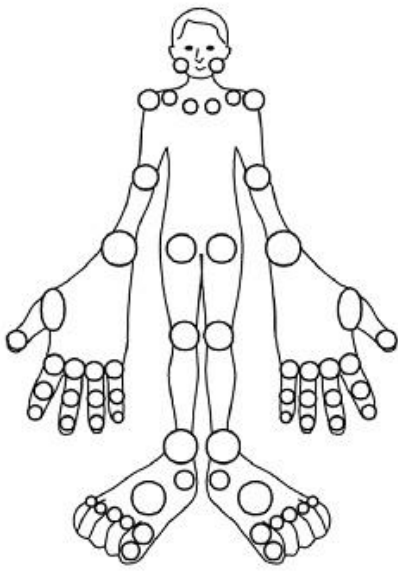
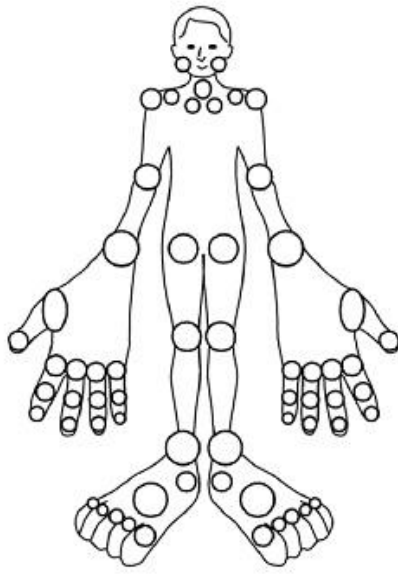
Dozė

***Intrasąnarinės gliukokortikoidų injekcijos per pastaruosius 6 mėnesius*** Taip Ne

Jei taip, tai kiek sąnarių buvo injekuoti \_\_\_\_\_ sąnarys (-iai)

Kokia totali metilprednizolono-ekvivalento dozė injekuota? \_\_\_\_\_ mg

(1 mg methylprednisolone = 1 mg triamcinolone)

<p><b>Skausmingi sąnariai</b></p>  <p style="text-align: right;">Skaičius <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>	<p><b>Sutinę sąnariai</b></p>  <p style="text-align: right;">Skaičius <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p>
--	---

**Data, kada pradėtas dabartinis biologinis preparatas:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
diena / mėnuo / metai

**Kelintas patikrinimas sekimo laikotarpiu:**     0     3     6     12     18     24  
(intervalai mėnesiais)                                     30     36     42     48     Kita

**Data, kada buvo nutraukta biologinė terapija:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
diena / mėnuo / metai

**Buęs biologinis preparatas, jei buvo anksčiau naudotas:** \_\_\_\_\_

**Kiti komentarai:**

---



---



---

Gydytojo vardas, pavardė, parašas

Darbovietė