

## Patientformulär inför behandling med Infliximab

Namn:

Personnummer:

För att underlätta inför din behandling med infliximab vill vi att du två dagar innan planerad behandling svarar på frågorna nedan. Om du svarar JA på någon av frågorna ring Hudmottagningen 0920-28 39 85. Vänligen ta med formuläret till besöket.

1. Har du något besvär från munhålan eller tänderna? Har du besökt tandläkaren den senaste månaden?  
  
JA                      NEJ
2. Har du något sår eller hudförändring (som inte är relaterad till hudsjukdomen) som är svullen, rodnad, öm eller vätskande? Har du besvär med nageltrång?  
  
JA                      NEJ
3. Har du symtom i form av täta trängningar eller sveda vid vattenkastning, illaluktande eller grumlig urin eller flytningar?  
  
JA                      NEJ
4. Har du symtom i form av feber, snuva, halsont eller hosta, värk i bihålor(kind- eller pannben), huvudvärk eller ont i öronen?  
  
JA                      NEJ
5. Har du nytillkommen eller ökad andfåddhet? Har du hjärtbesvär t ex kärlekskramp?  
  
JA                      NEJ
6. Har du opererats den sista månaden? Har du planerad operation inom en månad?  
  
JA                      NEJ
7. Har du under de senaste två veckorna ätit antibiotika?  
  
JA                      NEJ