

1. Registrerande klinik:	Region:
--------------------------	---------

2. SNR ID:	Personnummer:	Fas i SNR: CKD <input type="checkbox"/> Dialys <input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/>
------------	---------------	---

3. Datum för påvisande av smitta _____ Aktuell testpolicy: Även asymtomatiska <input type="checkbox"/>
Alla med symtom <input type="checkbox"/> Endast inläggningsfall <input type="checkbox"/> Datum för första symtom _____

## 4. Riskfaktorer

Risikfaktor	Ja	Nej	Vet ej	Risikfaktor	Ja	Nej	Vet ej
Hypertoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes typ 1/typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adipositas (BMI >30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiovaskulär sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malignitet (ej botad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmun sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktuell rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Tidigare rökning (>3pky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan neurologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Läkemedel

Läkemedel	Ja	Läkemedel	Ja	Läkemedel	Ja
Prednisolon el liknande	<input type="checkbox"/>	Tacrolimus	<input type="checkbox"/>	Ciclosporin	<input type="checkbox"/>
MMF	<input type="checkbox"/>	Aza	<input type="checkbox"/>	mTOR inhib	<input type="checkbox"/>
ACE-hämmare	<input type="checkbox"/>	ARB	<input type="checkbox"/>		
<b>Läkemedel &lt;6 mån</b>					
Rituximab	<input type="checkbox"/>	Cyclofosamid	<input type="checkbox"/>	ATG	<input type="checkbox"/>
Basiliximab	<input type="checkbox"/>	Puls metylprednisolon	<input type="checkbox"/>	Annan immunsupp.	<input type="checkbox"/>
<b>Kommentar:</b>					

## 6. Behandlingsmodalitet för dialyspatienter

<b>Bloddialys:</b> Hem-hemodialys <input type="checkbox"/> ; Självhemodialys på klinik <input type="checkbox"/> ; Hemodialys på satellitenhet/privat klinik <input type="checkbox"/> ; Hemodialys sjukhusklinik <input type="checkbox"/> (Teknik HD <input type="checkbox"/> , HDF <input type="checkbox"/> , HF <input type="checkbox"/> )
<b>Peritonealdialys:</b> CAPD <input type="checkbox"/> ; Assisterad CAPD <input type="checkbox"/> ; APD <input type="checkbox"/> ; Assisterad APD <input type="checkbox"/> ; Annan variant <input type="checkbox"/>
<b>Kommentar:</b>

 7. Inskriven i slutenvård Nej  Ja  Datum för inläggning: \_\_\_\_\_

Symtom vid positivt test	Ja	Nej	Vet ej
Ont i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andnöd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående/kräkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelvärk/ledvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Fynd vid inläggning</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Ej utfört</b>
Tecken till hjärtpåverkan (EKG, kliniskt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transaminasstegring (>2 ggr övre ref)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krea-stegring från habitualnivå >25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologisk lungrtg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologisk thorax CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Första mätning</b>	<b>Värde</b>	<b>Enhet</b>	<b>Ej utfört</b>
Temp		grader	
Andningsfrekvens		antal/min	
O <sub>2</sub> saturation utan syrgas		%	
Lymfocyter		x10 <sup>9</sup> /L	
CRP		mg/L	
Kreatinin		µmol/L	
Kroppsvikt (även historisk)		kg	
Längd (även historisk)		cm	

#### 8. Vårdförlopp

<b>Åtgärd</b>	<b>From</b>	<b>Tom</b>	<b>Antal dagar</b>
Optiflow /NIV motsv			
IVA-vård			
Intuberad			
CRRT pga AKI			
Intermittent HD pga AKI			
PD pga AKI			
<b>Antiviral behandling</b>			
Hydroxyl (chloroquine)			
Lopinavir/ritonavir			
Interferon eller Remdesevir (stryk ej använt prep)			
Annat (ange vilket)			
<b>Anti-inflammatorisk behandling</b>			
Tocilizumab			
Anakinra			
Hög dos steroider			
Annat			
Kommentarer			
<b>Ändrad behandling inom 48 timmar</b>	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>	<b>Hur</b>
Immunosuppression 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunosuppression 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACE/ARB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommentarer			

#### 9. Bestående men vid utskrivning jämfört med före COVID-19

Kvarstående eGFR sänkning (>25%) <input type="checkbox"/>	Nyttillkommen hjärtsvikt <input type="checkbox"/>
Kvarstående leverskada (transaminas >2 ggr över referens) <input type="checkbox"/>	

10. Utskriven datum: \_\_\_\_\_ Avliden  Friskförklarad  Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Skicka blankett preliminärt respektive komplett ifyllt till: SNR, Medicinexp, plan 5, Länssjukhuset Ryhov, 551 85 Jönköping