

REGISTER ÖVER ALFA<sub>1</sub>-ANTITRYPSINBRIST  
(AAT-register)  
ANMÄLAN

Insändes till:

AAT-REGISTER  
Tora Kjellgrens gata 17

---

**Skånes universitetssjukhus**  
205 02 MALMÖ

I samarbete med Svensk Lungmedicinsk Förening och Alpha One International Registry.  
Understöddes av Hjärt-Lungfonden

1 **Läkare:** ..... Klinik/mott: .....  
Adress: ..... Postadress: .....  
Telefon: ..... - .....

2 **Datum för undersökning:** .....

### Personuppgifter

3 **Födelsedatum:** .....

4 **Kön**  Kvinna  Man

5 **Längd** ..... cm

6 **Vikt** ..... kg

### Rökvanor

7 **Har patienten någon gång rökt?**  NEJ  JA

Om JA: 8 Vid vilken ålder började patienten röka? ..... år

9 Har patienten slutat röka  NEJ  JA Om JA, vid vilken ålder? ..... år

10 Genomsnittligt antal cigaretter per dag under rökningstiden .....

11 Genomsnittligt antal cigarrer per dag under rökningstiden .....

12 Gram pipotbak per vecka under rökningstiden .....

### 13 Ursprunglig indikation for AAT-analys (ange ett alternativ)

14  Lungsjukdom

17  Släktundersökning

15  Leversjukdom

18  Screening

16  Annan sjukdom

18  Annan

14 **Pi-typ**  Z  Annan svår AAT-brist: .....

15 **Datum för Pi-typning:** .....

### Diagnoser

16 **Lungsjukdom**  NEJ  JA Om JA, ange vilken diagnos (ett eller flera alternativ)

17  Kronisk bronkit

20  Bronkiektasier

18  Emfysem

21  Annan:

19  Astma

22 **Vid vilken ålder började besvären?** ..... år ..... mån

### 23 Vilket var det dominerande symtomet vid debuten?

24  Torrhosta 25  Hosta med slem

26  Andfåddhet i vila

27  Andfåddhet vid ansträngning

28  Attacker av andfåddhet

29 **Andra relevanta diagnos(er) (inklusive leversjukdom)**  NEJ  JA

Om JA, ange diagnos och ICD-nummer

ICD-10

ICD-9

.....  
.....  
.....

30 Lungtransplantation  NEJ  JA

Om JA, datum: .....

31 Emfysemkirurgi  NEJ  JA

Om JA, datum: .....

32 Levertransplantation  NEJ  JA

### Pneumoni

33 Har patienten någon gång haft pneumoni?

NEJ  JA Om JA, hur många gånger?

34 Antal: .....  Vet ej

### CT thorax

35 Har CT thorax utförts?  NEJ  JA

36 Om JA, datum för den senaste undersökningen:

.....

### Aktuell behandling

37 För lungsjukdom  NEJ  JA

38 Kontinuerlig syrgasbehandling

NEJ  JA

### Substitution med AAT

39 Har patienten någon gång behandlats med AAT-substitution?  NEJ  JA

40 Om JA, datum för första behandling:

.....

41 Om JA, har patienten slutat behandlingen?

NEJ  JA

42. Om JA, datum för den senaste behandlingen:

.....

### Spirometri

43 Datum för första spirometri:

.....

Före bronkdilatation Efter bronkdilatation

44 FEV<sub>1</sub>,....., ..... liter 45 FEV<sub>1</sub>, ..... , ..... liter

46 FVC ..... , ..... liter 47 FVC ..... , ..... liter

48 VC ..... , ..... liter 49 VC ..... , ..... liter

50 Datum för senaste spirometri:

.....

Före bronkdilatation Efter bronkdilatation

51 FEV<sub>1</sub>,....., ..... liter 52 FEV<sub>1</sub>, ..... , ..... liter

53 FVC ..... , ..... liter 54 FVC ..... , ..... liter

55 VC ..... , ..... liter 56 VC ..... , ..... liter

### Leverenzym

57 Har leverenzym analyserats?

NEJ  JA

58 Om JA, datum: .....

### Förhöjda värden

59 ASAT  NEJ  JA  Ej utfört

60 ALAT  NEJ  JA  Ej utfört

61 GT  NEJ  JA  Ej utfört

62 ALP  NEJ  JA  Ej utfört

### 63 Patientens yrke / sysselsättning

.....

64 Arbetar patienten regelbundet?

NEJ  JA

Om NEJ, orsak:

65  Ålder

66  Leversjukdom

67  Lungsjukdom

68  Annan

## Kommentarer/kompletterande uppgifter

A series of horizontal dotted lines for writing.