

## CHECKLISTA - OCRELIZUMAB: PROVTAGNING OCH KONTROLLER

	PROV/KONTROLL	INNAN START AV BEHANDLING (BASELINE)	VAR 6 – 12 MÅNAD	ÅRLIGEN	REGISTRERING I SMSreg ( www.neuroreg.se )
<b>PREPARATSPECIFIKA KONTROLLER</b>					
1	HEPATIT B OCH C, HIV, OCH VZV-SEROLOGI - ÖVERVÄG VACCINATIONER OM TID MEDGER OCH STARK IND (Pnkk, VZV)	JA			NEJ
2	BLODSTATUS MED DIFF, s-IgG	JA	INFÖR VARJE INFUSION		JA (IgG)
3	IMMUNOFENOTYPNING MED BERÄKNING AV % B-LYMFOCYTER	JA	INFÖR VARJE INFUSION FÖRSTA ÅRET, DÄREFTER ÅRLIGEN ELLER VID MISSTÄNKT BEHANDLINGSSVIKT		JA
4	GRAV TEST	JA	INFÖR VARJE INFUSION		NEJ
<b>ALLMÄN MS-UPPFÖLJNING</b>					
5	MRI	JA		JA*	JA
6	EDSS	JA		JA	JA
7	MS-KOLLEN	JA		JA	JA (PER)**
8	BIVERKNINGAR	NEJ	SKA MONITORERAS VID VARJE BESÖK		JA
<b>YTTERLIGARE UPPFÖLJNING ENLIGT IMSE-PROJEKTET</b>					
1	BIOBANKSPROVER/ FORSKNINGSPROVER	JA	PROVER SKA TAS INNAN START AV BEHANDLING SAMT EFTER 12 och 24 MÅNADERS BEHANDLING		NEJ
2	SDMT	JA		JA	JA
3	MSIS-29 (Dagligt liv)	JA		JA	JA (PER)**
4	EQ-5D (Livskvalitet)	JA		JA	JA (PER)**

\* Se konsensus dokument för detaljer: [http://www.mssallskapet.se/Konsensus\\_MR.pdf](http://www.mssallskapet.se/Konsensus_MR.pdf)

\*\* Fås upp via Neuroreg PER genom att välja "MS - Årsbesök"