

CHECKLISTA – TERIFLUNOMID : PROVTAGNING OCH KONTROLLER:

	PROV/KONTROLL	INNAN START AV BEHANDLING (BASELINE)	Preparatspecifikt intervall	ÅRLIGEN	INREGISTRERING I SMSreg (www.neuroreg.se)
PREPARATSPECIFIKA KONTROLLER					
1	LEVERSTATUS	JA	Varannan vecka i 6 månader, därefter var 8:e vecka		NEJ
2	BLODSTATUS MED DIFF	JA		JA	NEJ
3	BLODTRYCK	JA		JA	NEJ
4	GRAV TEST	JA			NEJ
ALLMÄN MS-UPPFÖLJNING					
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
YTTERLIGARE UPPFÖLJNING ENLIGT IMSE-PROJEKTET					
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

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