



INTERNISTIČNA SLUŽBA
Endoskopski center

PROTOKOL ZA APLIKACIJO INFLIKSIMAB (Remicade, Remsima, Inflectra) I.V.
GASTROENTEROLOŠKI PACIENTI

Vprašalnik pred aplikacijo INFLIKSIMAB (Remicade, Remsima, Inflectra)

Izpolni pacient:

Ime in priimek:	Datum:	
Datum rojstva:		
Bolezen (ulcerozni kolitis, Crohnova bolezen, drugo):		
Odziv na zdravljenje (obkroži):	DOBER	SLAB
Ali ste imeli poslabšanje bolezni od zadnjega pregleda? (obkroži)	DA	NE
Ali imate vročino oz. ste jo imeli od zadnje infuzije do danes? (obkroži)	DA	NE
Ali kašljate, smrkate, imate herpes? (obkroži)	DA	NE
Ali ste imeli med zadnjo infuzijo katerikoli zaplet? (obkroži)	DA	NE
Ali ste se cepili od zadnje infuzije do danes s kakršnimkoli cepivom? (obkroži)	DA	NE
Ali ste prejeli oz. prejimate antibiotike od zadnje infuzije do danes? (obkroži)	DA	NE
Ali obstaja možnost, da ste noseči? (za ženske) (obkroži)	DA	NE
Ali imate novonastale spremembe na koži? (obkroži)	DA	NE
Ali imate predviden kak kirurški poseg, poseg na zobeh ipd. v naslednjih 2 mesecih? (obkroži)	DA	NE
Ali je minilo od zadnjega pregleda pri gastroenterologu več kot 6 mesecev.	DA	NE
Zdravila, ki jih uporabljate: Medrol _____ mg/dan, Imuran/Purineto _____ mg/dan, Metotreksat _____ mg/dan, Salofalk/Pentasa _____ mg/dan, drugo: _____		
Dan zadnjih laboratorijskih preiskav:		

Podpis pacienta: _____