

Stöddokument för behandling med Remicade vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) hos barn/ungdomar

Med detta stöddokument kan sjukvårdspersonal säkerställa att Remicade ges på det sätt som avses. Dokumentet ersätter ej journalhandling.

För godkänd indikation för Remicade se produktresumé på www.fass.se och för behandlingsrekommendationer från BLF 2007; <http://www.blf.net/gastro/vardprogramregister.htm>.

Diagnostisering och utbredning baseras på följande utredningar:

Endoskopi

Ileo/koloskopi

Esofago-gastro-duodenoskopi

Diagnostik av tunntarm

Tunntarmspassage

MR-tunntarm

Kapsel-endoskopi

Utbredning:

Crohns sjukdom

Övre (K 50.0)

Ileo-kolon (K 50.8)

Enbart kolon (K 50.1)

Fistlar (aktuella)

Indikationer för behandling med infliximab:

Crohns sjukdom

Svår sjukdom som inte svarar på konventionell behandling Ja Nej

Tillväxthämning Ja Nej

Svåra extraintestinala manifestationer Ja Nej

Fistulerande sjukdom Ja Nej

Om ja, har utredning inkluderat MR* Ja Nej

Har kirurg konsulterats* Ja Nej

* Vid fistulerande sjukdom ska MR ha genomförts och kirurg konsulterats innan behandling inleds.

Steroidberoende sjukdom Ja Nej

Crohns sjukdom, annan indikation: _____

Följande behandlingar ska ha prövats:

| | | | | | | |
|--------------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Total enteral nutrition | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

| | | | | | | |
|------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Steroider | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

| | | | | | | |
|------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Azatioprin/6-MP | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

(6 månaders behandling, båda preparaten bör övervägas vid tolerans)

Dos/Beh tid: _____**alternativt:**

| | | | | | | |
|-------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Metotrexat | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|-------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

(injektionsbehandling minst 6 veckor)

Dos/Beh tid: _____Följande behandlingar bör ha övervägts:

| | | | | | | |
|----------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 5-ASA i optimal dos | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

Dos/kg: _____

| | | | | | | |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Antibiotika | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

| | | | | | | |
|----------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Kirurgi | Prövats | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Övervägts | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
|----------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------------------|

(avgränsat segment)

Före behandlingsstart:

Samråd med regionklinik/två-läkarbedömning på regionklinik:

Datum _____

Muntlig och skriftlig information om behandlingen, dokumenterat i journal:

Datum _____

PPD och lungröntgen för att utesluta eventuell tuberkulos

Datum _____

Om patienten står på behandling med Azatioprin eller 6-MP → bör preparatet enligt BLFs rekommendation sättas ut inom 6 månader för att minska risken för lymfom.Patienten behandlas ej med Azatioprin eller 6-MP Datum för utsättande: _____

Patienten fortsätter behandling med Azatioprin eller 6-MP → beslut motiveras i journal datum: _____

Ange målen med behandlingen → dokumenterat i journal datum: _____**Datum:** _____**Signatur:** _____

Patient-ID: _____

Behandlingslogg

Behandlingen utvärderas efter 2:a infusionen, och sedan årligen

Behandlingsstart

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

2:a infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

Dags att utvärdera behandling! → se journalanteckning datum: _____

Datum: _____ Signatur: _____

3:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

4:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

5:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

6:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

7:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

8:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

9:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

OBS! Utvärdering av behandling efter 1 år → se journalanteckning datum: _____

Datum: _____ Signatur: _____

10:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

11:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

12:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

13:e infusionen

Datum: _____ Patientvikt: _____ Dos (mg givet): _____

Patient-ID: _____

Behandlingslogg
Behandlingen utvärderas årligen

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

OBS! Dags för årlig utvärdering? → Se journalanteckning datum: _____

Datum: _____

Signatur: _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

OBS! Dags för årlig utvärdering? → Se journalanteckning datum: _____

Datum: _____

Signatur: _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____

_____ infusionen

Datum: _____

Patientvikt: _____

Dos (mg givet): _____