

Medikamenthistorikk

Bruker du eller har du brukt noen av de følgende medisinene for din Hidradenitis Suppurativa?

Antibiotika som tablett eller injeksjon?

Nei Ja, mer enn 3 mnd Ja, mindre enn 3 mnd Ja, siste 2 uker Vet ikke

Isotretinoin kapsler?

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke

Acitretin kapsler?

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke

Metformin?

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke

Annen antiinflammatorisk tablettbehandling slik som Dapson, Ciklosporin (Sandimmun), Azathioprin (Imurel), Methotrexate eller Prednisolon?

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke

Biologisk behandling slik som Infliksimab (Remicade, Remsima), Adalimumab (Humira)

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke

Bruker du eller har du brukt noen av disse medikamentene?

P-piller eller annen hormonbehandling (slik som Minipiller/P-stav/P-sprøyte)?

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke

Antidepressiva, Litium eller Antipsykotika?

Nei Ja Ja, siste 3 mnd Vet ikke



Familie og sykdomshistorie

	Ja	Nei	Vet ikke
Finnes det andre blodslektninger med Hidradenitis Suppurativa? Hvis Ja, hvilke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> søsken <input type="checkbox"/> barn <input type="checkbox"/> annen			
Har du eller har du hatt plager av alvorlig akne (kviser)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt annen hudsykdom ut over 3 måneder? Hvis Ja, hvilken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> psoriasis <input type="checkbox"/> atopisk eksem <input type="checkbox"/> rosacea <input type="checkbox"/> annen			
Har du blitt behandlet for pilinoidal sinus/tvilling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du revmatisk leddsykdom? Hvis ja, hvilken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> reumatoid artritt <input type="checkbox"/> psoriasis artritt <input type="checkbox"/> Mb Bechterew/ankyloserende spondylitt <input type="checkbox"/> annen			
Har du eller har du hatt langvarig inflammatorisk tarmsykdom? Hvis Ja, hvilken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mb Crohn <input type="checkbox"/> ulcerøs colitt <input type="checkbox"/> annen			
Har du diabetes? Hvis Ja, hvilken type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> type 1 <input type="checkbox"/> type 2			
Har du eller har du hatt behandlingstrengende høyt blodtrykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt hjerte- eller karsykdom? Hvis Ja, hvilken type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> hjerteinfarkt <input type="checkbox"/> hjertesvikt <input type="checkbox"/> atrieflimmer <input type="checkbox"/> annen			
Har du eller har du hatt annen alvorlig sykdom? Hvis Ja, hvilken type _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>