

CVID**Pnr:** _____**Datum:** _____**Namn:** _____

<i>Organmanifestationer</i>		Debut (datum, årtal, eller ungefärligt)
Inga organmanifestationer (<i>även detta registreras i PIDcare</i>)	<input type="checkbox"/>	<i>Dagens datum</i>
Lung – Bronkiektasier	<input type="checkbox"/>	
Lung – GLILD – Granulomatous-lymphocytic interstitial lung disease	<input type="checkbox"/>	
Lung – Follikulär bronkiolit	<input type="checkbox"/>	
Lung – Systemisk granulomatous/lymphoid infiltration	<input type="checkbox"/>	
Tarm – Villusatrofi - Celiakiliknande	<input type="checkbox"/>	
Tarm – Kroniska tarminfektioner	<input type="checkbox"/>	
Tarm – Lymfoid hyperplasi/granulom	<input type="checkbox"/>	
Tarm – IBD (reg även som associerat tillstånd)	<input type="checkbox"/>	
Tarm – Gastrit	<input type="checkbox"/>	
Lever – Kronisk hepatopati med portahypertension	<input type="checkbox"/>	
Lever – Nodulär regenerativ hyperplasi (NHR)	<input type="checkbox"/>	
Lever – Lymfoid infiltration och granulom	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunitet – Autoimmun cytopeni	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunitet – Vitiligo (reg även som associerat tillstånd)	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunitet – Tyreoidit	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunitet – Perniciös anemi (reg även som associerat tillstånd)	<input type="checkbox"/>	
Autoimmunitet – Sjögrens syndrom	<input type="checkbox"/>	
Malignitet – MALT-lymfom	<input type="checkbox"/>	
Malignitet – Non Hodgkins lymfom	<input type="checkbox"/>	
Malignitet – Hodgkins lymfom	<input type="checkbox"/>	
Malignitet – Ventrikelcancer (reg även som associerat tillstånd)	<input type="checkbox"/>	
Övrigt, vb skriv på baksidan	<input type="checkbox"/>	

<i>Associerade tillstånd</i>		Debut (datum, årtal, eller ungefärligt)
Inga associerade tillstånd	<input type="checkbox"/>	
Astma	<input type="checkbox"/>	
KOL	<input type="checkbox"/>	
Respiratorisk insufficiens	<input type="checkbox"/>	
Celiaki	<input type="checkbox"/>	
IBD	<input type="checkbox"/>	
Giardia	<input type="checkbox"/>	
Salmonella	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus typ 1	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus typ 2	<input type="checkbox"/>	
Granulom	<input type="checkbox"/>	
Hemolytisk anemi, förvärvad	<input type="checkbox"/>	
ITP	<input type="checkbox"/>	
Neutropeni	<input type="checkbox"/>	
Hypotyreos	<input type="checkbox"/>	
Struma	<input type="checkbox"/>	
Lymfadenopati	<input type="checkbox"/>	
Spenomegali	<input type="checkbox"/>	
Övrig autoimmunitet	<input type="checkbox"/>	
KLL	<input type="checkbox"/>	
Lymfom	<input type="checkbox"/>	
Myelom	<input type="checkbox"/>	
Övrig cancer	<input type="checkbox"/>	