

# BIVIRKNINGSSKJEMA

RAPPORTERING AV ØNSKEDE REAKSJONER/BIVIRKNINGER HOS PASIENTER I FORBINDELSE MED ODONTOLOGISKE MATERIALER

Bivirkningsgruppen  
for odontologiske biomaterialer

Bivirkningsskjemaet skal fylles ut av tannlege, tannpleier eller lege. Skjemaet dekker spekteret fra konkrete reaksjoner til uspesifikke, subjektive reaksjoner som blir sett i forbindelse med tannmateriale. Selv om det er tvil om graden og arten av reaksjoner, er det likevel betydningsfullt at skjemaet blir fylt ut og returnert. Det skal fylles ut etter skjema per pasient som har reaksjon(er). Data (inkludert rapportørens navn) blir lagret i en database ved Bivirkningsgruppen for odontologiske biomaterialer/NORCE for statistiske analyser. Vi ønsker også å få rapport om evt. reaksjoner på materialer som tannhelsepersonell utsatt for i yrkesammenheng (se yrkesreaksjoner neste side).

**NB!** Bivirkningsskjemaet alene gjelder ikke som en henvisning.

Rapportørens navn og adresse:

Postnr.: \_\_\_\_\_

Poststed:

Tlf.:

E-post:

Ufyllingsdato:

Klinikktype:

Spesialist i:

Annet:

Var det pasienten som gjorde deg oppmerksom på reaksjonene?

Ja  Nei

Reaksjonen opptrådte for første gang i hvilket år:

Hvor lang tid etter behandlingen opptrådte reaksjonene?

Umiddebart  innen 24 timer  innen 1 uke  1 måned  ukjent

Angi lokalisasjon:

Heveis/ødem  
 Urtikaria  
 Sårblommer  
 Eitsemutslett  
 Erytem/rubor

Annet:

Angi lokalisasjon:

Heveis/ødem  
 Urtikaria  
 Sårblommer  
 Eitsemutslett  
 Erytem/rubor

Annet:

Øvrige funn:

Heveis/ødem  
 Urtikaria  
 Sårblommer  
 Eitsemutslett  
 Erytem/rubor

Annet:

## Pasientdata

Kjønn:  Kvinnelig  Mann

Alder: \_\_\_\_\_ år

Generelle sykdommer/diagnosør:

	Pasientens symptomer	Rapportørens funn
<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Ingen	
Intraoralt:		
<input type="checkbox"/> Svært/brennende følelse	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Smerte/ømhet	<input type="checkbox"/> Hvitlige forandringer	
<input type="checkbox"/> Smaksstyrtsrelatert	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Stiv/nummen	<input type="checkbox"/> Rubor	
<input type="checkbox"/> Tørhet	<input type="checkbox"/> Atrofi	
<input type="checkbox"/> Øker spyt/slammende	<input type="checkbox"/> Impresjoner i tungel/kinn	
<input type="checkbox"/> Medikamentbruk:	<input type="checkbox"/> Amalgamtatoeringer	
	<input type="checkbox"/> Linea alba	
	Annet:	
Lepper/ansikt/kjever:		
<input type="checkbox"/> Svært/brennende følelse	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Smerte/ømhet	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Stiv/nummen	<input type="checkbox"/> Erytem/rubor	
<input type="checkbox"/> Hudreaksjoner	<input type="checkbox"/> Uiset/eksem	
<input type="checkbox"/> Kjøveleddssymptomer	<input type="checkbox"/> Painbare lymfeknuter	
<input type="checkbox"/> Generelle reaksjoner knyttet til:	<input type="checkbox"/> Kjerveleddsfunksjon	
<input type="checkbox"/> Muskl/leidd	<input type="checkbox"/> Nedsett sensibilitet	
<input type="checkbox"/> Mage/tarm		
<input type="checkbox"/> Hjerter/sirkulasjon		
<input type="checkbox"/> Hud		
<input type="checkbox"/> Øyne/syn		
<input type="checkbox"/> Øre/helse, nese, hals		
Øvrige symptomer:		
<input type="checkbox"/> Trættet		
<input type="checkbox"/> Simmehet		
<input type="checkbox"/> Hodpine		
<input type="checkbox"/> Hukommelsesforstyrrelser		
<input type="checkbox"/> Konsekvensionsforstyrrelser		
<input type="checkbox"/> Angst		
<input type="checkbox"/> Uro		
<input type="checkbox"/> Depresjon		
Annet:		

## Symtomer og funn

### Pasientens symptomer

Ingen

	Pasientens symptomer	Rapportørens funn
<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Ingen	
Intraoralt:		
<input type="checkbox"/> Svært/brennende følelse	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Smerte/ømhet	<input type="checkbox"/> Hvitlige forandringer	
<input type="checkbox"/> Smaksstyrtsrelatert	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Stiv/nummen	<input type="checkbox"/> Rubor	
<input type="checkbox"/> Tørhet	<input type="checkbox"/> Atrofi	
<input type="checkbox"/> Øker spyt/slammende	<input type="checkbox"/> Impresjoner i tungel/kinn	
<input type="checkbox"/> Medikamentbruk:	<input type="checkbox"/> Amalgamtatoeringer	
	<input type="checkbox"/> Linea alba	
	Annet:	
Lepper/ansikt/kjever:		
<input type="checkbox"/> Svært/brennende følelse	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Smerte/ømhet	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Stiv/nummen	<input type="checkbox"/> Erytem/rubor	
<input type="checkbox"/> Hudreaksjoner	<input type="checkbox"/> Uiset/eksem	
<input type="checkbox"/> Kjøveleddssymptomer	<input type="checkbox"/> Painbare lymfeknuter	
<input type="checkbox"/> Generelle reaksjoner knyttet til:	<input type="checkbox"/> Kjerveleddsfunksjon	
<input type="checkbox"/> Muskl/leidd	<input type="checkbox"/> Nedsett sensibilitet	
<input type="checkbox"/> Mage/tarm		
<input type="checkbox"/> Hjerter/sirkulasjon		
<input type="checkbox"/> Hud		
<input type="checkbox"/> Øyne/syn		
<input type="checkbox"/> Øre/helse, nese, hals		
Øvrige symptomer:		
<input type="checkbox"/> Trættet		
<input type="checkbox"/> Simmehet		
<input type="checkbox"/> Hodpine		
<input type="checkbox"/> Hukommelsesforstyrrelser		
<input type="checkbox"/> Konsekvensionsforstyrrelser		
<input type="checkbox"/> Angst		
<input type="checkbox"/> Uro		
<input type="checkbox"/> Depresjon		
Annet:		

## Symtomer og funn

### Rapportørens funn

Ingen

	Pasientens symptomer	Rapportørens funn
<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> Ingen	
Intraoralt:		
<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Hvitlige forandringer	<input type="checkbox"/> Hvitlige forandringer	
<input type="checkbox"/> Sårblommer	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Rubor	<input type="checkbox"/> Rubor	
<input type="checkbox"/> Atrofi	<input type="checkbox"/> Atrofi	
<input type="checkbox"/> Impresjoner i tungel/kinn	<input type="checkbox"/> Impresjoner i tungel/kinn	
<input type="checkbox"/> Amalgamtatoeringer	<input type="checkbox"/> Amalgamtatoeringer	
	<input type="checkbox"/> Linea alba	
	Annet:	
Lepper/ansikt/kjever:		
<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Sårblommer	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Erytem/rubor	<input type="checkbox"/> Erytem/rubor	
<input type="checkbox"/> Uiset/eksem	<input type="checkbox"/> Uiset/eksem	
<input type="checkbox"/> Painbare lymfeknuter	<input type="checkbox"/> Painbare lymfeknuter	
<input type="checkbox"/> Kjerveleddsfunksjon	<input type="checkbox"/> Kjerveleddsfunksjon	
<input type="checkbox"/> Nedsett sensibilitet	<input type="checkbox"/> Nedsett sensibilitet	
Øvrige funn:		
<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	<input type="checkbox"/> Heveis/ødem	
<input type="checkbox"/> Urtikaria	<input type="checkbox"/> Urtikaria	
<input type="checkbox"/> Sårblommer	<input type="checkbox"/> Sårblommer	
<input type="checkbox"/> Eitsemutslett	<input type="checkbox"/> Eitsemutslett	
<input type="checkbox"/> Erytem/rubor	<input type="checkbox"/> Erytem/rubor	
Annet:		

**I forbindelse med hvilken type behandling opptrådte reaksjonen(e)?**

- Fyllinger (direkte teknikk)
- Innlegg, fasader
- Faste proteiske erstatninger
- Avtagbare proteiske erstatninger
- Bittfysiologisk behandling
- Milderidig behandling
- Røtbehandling (rotfylling)
- Tannkjøttbehandling
- Oral kirurgi
- Tannregulering
- Forebyggende behandling

Annet:

**Hvilke materialer mistennes å være årsak til reaksjonen(e)?**

- Amalgam
- Komposit
- Kromomer
- Glassionomer
- Kemiisk
- Lyshendende
- Bindingsmaterialer ("primer/bonding")
- Isolerings-/forningsmaterialer
- Fissurforseglingsmaterialer
- Beskyttende film (tks. varnish, femiss, fluorlakk)
- Pulpaoverkappingsmaterialer
- Endodontiske materialer
- Sementeringsmaterialer
- Vannbasert
- plastbasert
- Metal-keram (MK, PG)
- metalllegering
- keram
- Materialer for kroner/borer/innlegg
- metalllegering
- plastbasert
- keramisk
- Materialer for avtakbare proteser
- metalllegering
- plastbasert
- Materialer for intracorall (kjeveontopedisk) apparatur
- metalllegering
- plastbasert
- Materialer for ekstracorall kjeveontopedisk apparatur
- metalllegering
- plastbasert
- Materialer for bittfysiologisk apparatur
- Materialer for implantater
- Avsynksmaterialer
- hydrokolloid
- elastomer
- Mildertidige materialer – faste proteser
- Mildertidige materialer – avtakbare proteser
- Andre mildertidige materialer
- Forbruksmaterialer (f.eks. hanster, kofferdam)
- Andre materialer

**Produktnavn og produsent**  
av aktuelle materialer som mistennes å være årsak til reaksjonen(e):  
Legg gjerne ved HMs-datablad.

Bivirkningsregisterets notater

Mottatt: \_\_\_\_\_

Besvart: \_\_\_\_\_

Registrert: \_\_\_\_\_

Klassifisert: \_\_\_\_\_

Sign: \_\_\_\_\_

Ytterreaksjoner

Reaksjon(er) gjelder tannhelsepersonell i yrkesammenheng (dette er et forhold som sørger under Arbeidstilsynet, men vi ønsker denne tilbakemeldingen fordi det kan ha relevans også for reaksjoner hos pasienter).

Ønsker flere skjema tilsendt

Antall:

Ansvarlig: Bivirkningsgruppen  
Årstadeien 19  
5009 Bergen

Teléfono: 56 10 73 10

E-post: [Bivirkningsgruppen@norceresearch.no](mailto:Bivirkningsgruppen@norceresearch.no)  
web: [www.bivirkningsgruppen.no](http://www.bivirkningsgruppen.no)

Takk for rapporten. Vi mottar gjerne kommentarer.  
 Ja til  
 Bivirkningsgruppen  
 tannlege  
 sikkerhetsrelasjon  
 mulig relasjon  
 sikkerhellingen oppfatning

**Henvisninger**  
Er pasienten henvis til utredning/undersøkelse/behandling av reaksjonen(e)?  
 Nei  
 Ja til  
 Bivirkningsgruppen  
 tannlege  
 odontologisk spesialist  
 allmennlege  
 medisinsk spesialist eller  
på sykehus  
 alternativ terapeut  
 Annet