SPondyloArtritis: het bekomen van medicatie-vrije Remissie door vroegtijdige TNF-Alpha blokkade en het toepassen van Cel specifieke RNA seqUencing en epigenetiSche profilering. "De SPARTACUS studie"

DOSERINGSDAGBOEKJE ONTSTEKINGSREMMERS

Patiëntennummer: _____

EudraCT number: 2019-004961-42

SPONSOR: UZ GENT

ALGEMENE INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN HET DAGBOEK

Instructies:

- Duidelijk schrijven en alleen zwarte of blauwe inkt gebruiken. GEEN potlood gebruiken.
- Alle wijzigingen of vergissingen doorstrepen en de juiste informatie erboven/ernaast opnieuw invullen.
- GEEN correctievloeistof of correctietape gebruiken.
- Uw naam of initialen NERGENS in dit dagboek invullen.

INSTRUCTIES AANGAANDE DE INNAME VAN ONTSTEKINGREMMERS (NSAID's)

- Het gebruik van ontstekingsremmers is tijdens de studie toegestaan.
- Indien u ontstekingsremmers neemt vragen we om dit nauwgezet in het bijgeleverde dagboekje te noteren.
- De maximale dagelijkse dosis van de behandeling mag niet overschreden worden.
- Bij een dosisaanpassing moet steeds een nieuwe lijn gestart worden.
- **VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN**.
- Hieronder vindt u een overzicht* van de mogelijke ontstekingsremmers met de maximale dagelijkse dosis.

Stofnaam	Specialiteitsnamen	Goedgekeurde maximale dagelijkse dosis voor de behandeling van artritis
Aceclofenac	Aceclofenac, Biofenac, Air-Tal	200 mg
Celecoxib	Celebrex, Celecoxib	400 mg
Diclofenac	Diclofenac, Cataflam, Motifene, Voltaren	125 – 150 mg
Etoricoxib	Etoricoxib, Arcoxia	90 mg
Ibuprofen	Ibuprofen, Brufen, Bruprofar, Ibumed, Ibucaps, Nurofen Spidifen	2400 – 3200 mg
Ketoprofen	Rofenid	150 – 200 mg
Meloxicam	Meloxicam, Mobic	15 mg
Naproxen	Naproxen, Aleve, Apranax, Naprosyne	1000 mg
Prioxicam	Piroxicam, Brexine, Feldene	20 mg

*Dit overzicht is enkel informatief en mogelijks niet volledig

- **Neem contact op met uw studiearts indien u vragen heeft of twijfelt over één van de bovenstaande instructies.**

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	……. mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	……. mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	……. mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	……. mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	……. mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	……. mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT

Naam ontstekingsremmer	Dosis per inname *	Aantal innames per dag	Aantal dagen inname (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	Startdatum	Stopdatum	Reden inname
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT							
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)		**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……
……	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: ……

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

Visite _ _ - Week _ _

IN TE VULLEN DOOR HET STUDIEPERSONEEL	
	Patiënt N°: ……
Datum van afgifte: ……	Datum van teruggave: ……...

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT						
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)	**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .
……..	…..… mg	…….	☐ < 1 dag/week ☐ 1-3 dagen per week ☐ 3-5 dagen per week ☐ ≥ 5 dagen per week ☐ dagelijks	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	☐ Perifere SpA ☐ Andere reden, specifieer: …… .

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT							
Naam ontstekingsremmer	**Dosis per inname ***	**Aantal innames per dag**	**Aantal dagen inname** (kruis aan wat het beste overeenstemt met uw inname)		**Startdatum**	**Stopdatum**	**Reden inname**
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			
……	…..… mg	…….		< 1 dag/week	___ / ___ / ____	___ / ___ / ____	□ Perifere SpA □ Andere reden, specifieer: …… .
				1-3 dagen per week			
				3-5 dagen per week			
				≥ 5 dagen per week			
				dagelijks			

* VANAF WEEK 20 TOT EN MET WEEK 24 MAG DE DOSIS VAN DE ONTSTEKINGSREMMER NIET GEWIJZIGD WORDEN.