

Checklista för bedömning av **Blåsljud** hos barn över 1 års ålder

Pat personnr:

Namn:

Hereditet	Hereditet för hjärtsjukdom t ex. plötslig död (<35 år) eller hjärtmuskelsjukdom hos släkting?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Tidig sjukd	System/reumatisk/inflammatorisk sjukdom? Syndrom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input checked="" type="checkbox"/>
Aktuellt	Frisk. Klarar av normal fysisk aktivitet utan "hjärtssymptom".	<input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
AT	Cyanos?	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Takypne?	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ödem?	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Thorax	Tidigare hjärtopererad? (Ärr i vä thoraxsida eller över sternum)	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Voussure? ("Buktande" thorax)	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fremissement ("Palpabelt blåsljud")	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ökad precordial aktivitet? (Palpatoriska hypertrofitecken?)	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Normal hjärtrytm? (Hjärtfrekvensen varierar normalt med andningen s.k. sinusarytmi)	<input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Konstant kluven 2:a ton? (Varierar normalt med andningen)	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Blåsljud? Systoliskt	Grad I-II <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Grad \geq III	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Uppenbart patologiskt? (t ex diastoliskt)	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Hörbart på ryggen?	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perifera kärl	Normala pulsar i a. radialis eller a. brachialis?	<input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Normala pulsar i a. femoralis eller a. dorsalis pedis?	<input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Blodtryck	Normalt blodtryck i höger arm? Om högt blodtryck eller/och svaga femoralispulsar tag bltr också i ett av benen! (CoA?)	<input checked="" type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Buk	Leverförstoring?	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Annan orsak att misstänka hjärtfel/hjärtsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ange orsak:

Var god vänd!

Checklista för bedömning av **Blåsljud** hos barn över 1 års ålder

Tillväxtkurva	Normal?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Pulsoximeter	Saturation $\geq 94\%$ i höger hand	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
EKG	Sinusrytm? (p pos i aVR och aVL)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Normal el-axel? (R>S i aVR och aVL)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	QTc ≤ 450 ms?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	T neg i aVR och V1 (före 8 års ålder)?	Ja <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nej
	Tecken på kammarhypertrofi?	Ja <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Nej
	Normalt EKG?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Om svaren på frågorna faller inom inringade svarsalternativ, behövs sannolikt ingen ytterligare utredning.

Vid tveksamheter eller om svar på frågorna avviker från vad som sagts ovan, tag kontakt med mer erfaren kollega eller remittera barnet för vidare utredning genom att kryssa i nedanstående rutor.

Tacksam för vidare utredning!

Jag misstänker i första hand

-
- ASD
- VSD
- Ductus
- Aortastenos
- Pulmonalisstenos
- Coarctatio aortae
- Mitralisinsufficiens
- Kardiomyopati
- Annan hjärtsjukdom, vilken?

Datum:

Vårdenhet:

Remitterande läkare: