

# Remissunderlag för ablationsbehandling

Rem läkare: ..... Patient pers nr: .....  
Klinik: ..... Namn: .....  
Remissdatum ..... Adress: .....  
Postadr: .....  
Tfn (**obligatoriskt**): .....

**Patienten är informerad om ingreppet och ger sitt samtycke till invasiv elfys och/eller ablationsbehandling (OBLIGATORISKT)**     Ja     Nej

**Patienten ger sitt samtycke till att vi kontrollerar provsvar i NPÖ (Nationell patientöversikt)**  
 Ja     Nej

Patienter med förmaksflimmer kan remitteras antingen direkt för ablationsbehandling eller för bedömning på mottagning för ställningstagande till ablation (Arytmimottagningen). Förutsättningar för direktremiss är att remittenten är specialist i kardiologi, patienten är yngre än 75 år, BMI <35 och vänster förmak <35 cm<sup>2</sup>.

## **Om remissen gäller ablation av förmaksflimmer välj något av följande alternativ:**

- Direktremiss för ablation (utan föregående mottagningsbesök till elektrofysiolog, SkaS).  
*(Patienten är informerad om vinster och risker med ablation av förmaksflimmer samt informerad om att ablation sker utan föregående mottagningsbesök)*
- Besök på Arytmimottagningen inför ställningstagande flimmerablation

## **Indikation för ablation**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> WPW med deltavåg                         | <input type="checkbox"/> Fladderablation   |
| <input type="checkbox"/> PSVT (AVNRT, dolt WPW, förmakstakykardi) | <input type="checkbox"/> Flimmerablation   |
| <input type="checkbox"/> VES/VT ablation                          | <input type="checkbox"/> His-ablation (OBS pacemaker/ICD ska vara implanterad och kontrollerat välfungerande när remissen skickas) |

## Symtombild

- Synkope (som har klarlagt eller misstänkt orsakssamband till arytm)   
 Hjärtsvikt (som har klarlagt eller misstänkt orsakssamband till arytm)   
 Pre-exciterat förmaksflimmer

Hur länge har patienten haft symtom av arytm? .....

Vilka symtom har patienten? (dyspné, palpitationer, trötthet, etc.)

.....

Är patienten arbetsför i samband med arytm? .....

Hur ofta har patienten attacker och hur länge brukar de vara? .....

.....

Vilka läkemedel har man provat och med vilket resultat?.....

.....

Om remissen gäller patient med förmaksflimmer, har patienten haft fladder också?

Ja  Nej (Skicka dokumentation!)

Finns annan arytm dokumenterad (Förmakstakykardi/PSVT)  Ja  Nej (Skicka dokumentation!)

Hur länge har den längsta sammanhållna episoden varat? .....

### **EHRA score:**

- EHRA I: Närmast asymtomatisk   
 EHRA II: Lindriga symtom (kan fortsätta vanlig daglig aktivitet)   
 EHRA III: Måttliga symtom (daglig aktivitet påverkad)   
 EHRA IV: Uttalade symtom (kan inte genomföra dagliga aktiviteter)

Är arytm in att betrakta som

paroxysmal (utan DC)  paroxysmal (med DC)  persisterande  permanent

**Vilket CHA2DS2-VASc score har patienten  0  1  2  3  4  5  6**

Övriga sjukdomar:

.....

.....

Har patienten annan hjärtsjukdom  Ja  Nej

Ja, vilken? .....

Hjärtsvikt  Ja  Nej

Hypertoni  Ja  Nej

Diabetes  Ja  Nej

Överkonsumtion av alkohol  Ja  Nej

Sömnapné  Ja  Nej

Övervikt  Ja  Nej

Lungsjukdom  Ja  Nej

Ja, vilken? .....

Leversjukdom  Ja  Nej

Ja, vilken? .....

Magblödning eller annan allvarlig blödning  Ja  Nej

Ja, vilken? .....

Genomgången stroke/TIA  Ja  Nej

Ja, vilken? .....

Har patienten device  Nej alt. typ  PM-VVI  PM-DDD  CRTP  CRTD  ICD

Fabrikat..... Implantationsdatum .....

## Undersökningar

EKG Absolut minimum är EKG som visar arytmi om det finns, samt EKG under SR.

EKG dokumentation av förmaksfladder om det finns beskrivet. (Bifogas remissen)

**Längd** ..... cm **Vikt**.....kg **BMI**.....

**Lab** Thyreoideaprover..... Hb ..... Krea ..... (NT-pro-BNP .....)

**Ekokardiografi** Datum ..... LVEF ..... %

**Förmaksstorlekar** Hö.....cm<sup>2</sup> Vä.....cm<sup>2</sup> LAVI.....ml/m<sup>2</sup>

**UCG i övrigt normalt?**  Ja  Nej Om nej, bifoga utlåtande

Non-invasiv elfys eller esofagus registrering  Finns ej

Datum ..... Takykardi  Nej  Ja RR.....ms RP .....ms

Annat ..... (Skicka relevanta kopior)

## Övriga hjärtundersökningar som kan underlätta bedömning, om de finns tillgängliga:

**Arbets-EKG** Datum..... **BSP-EKG/Event recorder** Datum.....

**MR hjärta** Datum..... **Koronarangiografi** Datum.....

Vänligen bifoga utlåtanden vad det avser ovanstående om ej tillgängligt i Melior/Sieview.

**OBS:** Bifoga även medicinlista (om ej uppdaterad finns i Melior).