

Remiss nationell högspecialiserad vård för ROP

Remitterande läkare		Patientens personnummer/reservnummer	
Remitterande enhet		Patientens namn	
Telefonnummer		Telefon vårdnadshavare	
Inneliggande?	☐ Ja ☐ Nej	Behov av tolk?	☐ Ja ☐ Nej
Om JA sjukhus/avdelning?		Om JA språk/dialekt?	
Telefon			

Kön	Aktuell postnatal ålder (vecka + dag)
Födelse ålder (vecka + dag)	Aktuell postmenstruell ålder (vecka + dag)
Födelsevikt (gram)	Aktuell vikt (gram)

Har vårdnadshavare fått information att kontakt är tagen med NHV enhet? ☐ Ja | ☐ Nej

Har patienten tidigare fått behandling för ROP? ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet ej

Om **JA**, vilket datum? _____

Typ av behandling? ☐ Laser | ☐ Anti VEGF | ☐ Vet ej

Syrgasbehov? ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet ej

Om **JA**, andel i % alternativt l/min _____

Typ av andningsstöd? _____

Parental nutrition vid inremittering? ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet ej

Smitta/Isolering? ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Vet ej

Om **JA**, vilken typ? _____

Patientens namn:

Patientens personnummer/reservnummer:

HÖGER ÖGA							VÄNSTER ÖGA						
ROP stadium	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	ROP stadium	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
Zon	☐ I		☐ II ☐ II Post		☐ III		Zon	☐ I		☐ II ☐ II Post		☐ III	
Notch?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Notch?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Om JA, i zon?	☐ I		☐ II ☐ II Post		☐ III		Om JA, i zon?	☐ I		☐ II ☐ II Post		☐ III	
Preplus?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Preplus?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Om JA, var?			☐ Nasalt ☐ Temporalt ☐ Cirkumferent				Om JA, var?			☐ Nasalt ☐ Temporalt ☐ Cirkumferent			
Plus			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Plus?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Om JA, var?			☐ Nasalt ☐ Temporalt ☐ Cirkumferent				Om JA, var?			☐ Nasalt ☐ Temporalt ☐ Cirkumferent			
Irisrubeos?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Irisrubeos?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Persisterande tunica vasculosa lentis?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Persisterande tunica vasculosa lentis?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Retinala blödningar?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Retinala blödningar?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Om JA, lokalisation/utseende							Om JA, lokalisation/utseende						
Glaskroppsblödning?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Glaskroppsblödning?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Om JA, lokalisation/utseende							Om JA, lokalisation/utseende						
Glaskroppsmembran?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej				Glaskroppsmembran?			☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej			
Om JA, lokalisation/utseende							Om JA, lokalisation/utseende						

När ställdes diagnosen som föranledde kontakt med NHV enhet? _____

Glöm inte att bifoga ögonbottenfoton från senaste undersökning!