

Nationell högspecialiserad vårdremiss vid vissa neuromuskulära sjukdomar BARN

Patientens för- och efternamn		Patientens Personnr
<p>Vad gäller remissen?</p> <input type="checkbox"/> Bedömning och eventuell fortsatt diagnostisk utredning, vid misstänkt neuromuskulär sjukdom där diagnos inte kunnat fastställas <input type="checkbox"/> Riktad utredning mot metabol/mitokondriell sjukdom <input type="checkbox"/> Bedömning och upprättande av uppföljningsplan <input type="checkbox"/> Rekommendation om och uppföljning av sjukdomsmodifierande behandling		
Känd diagnos? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, specificera:		
<p>Har patienten fått en tidigare bedömning vid NHVenhet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja            Om ja - vilket årtal? _____ Vilken enhet? <input type="checkbox"/> Region Västra Götaland <input type="checkbox"/> Region Stockholm            Om annan enhet än nuvarande ska utlåtandet bifogas remissen.</p>		
<p><b>Till remissen bifogas en ordinarie remiss där bl.a. följande ska ingå:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anamnes inkl symtomdebut och neonatala uppgifter i förekommande fall</li> <li>2. Frågeställning till Nationell högspecialiserad vårdenhet?</li> <li>3. Övriga sjukdomar?</li> <li>4. Hereditet?</li> <li>5. Aktuell läkemedelslista <i>kan bifogas separat</i></li> <li>6. Levnadsomständigheter: såsom Skolform, Personlig assistans? Följs på habilitering/rehabiliteringsenhet? (<i>specificera enhet/stad</i>)</li> </ol>		
Genetisk utredning genomförd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Originalsvar på genomförd utredning ska bifogas remissen.
Genetisk vägledning genomförd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Neurofysiologisk utredning genomförd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Muskelbiopsi genomförd: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
EKG utfört? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	UKG utfört? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
24h EKG utfört? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Spirometri utförd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Andningshjälpmedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Komplett lablista bifogas <input type="checkbox"/>		
Andra relevanta undersökningar (ex radiologi)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Neuropsykologisk utredning genomförd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Behövs tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Språk?		
Tillväxt-kurva bifogas		
Samtycker patienten till sammanhållen journalföring? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Samtycker patienten till att vi får läsa i en spärrad journal? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Samtycker patienten till att vi får ta del av läkemedelsförteckningen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Samtycker patienten till att vi får ta del av NPÖ? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Är patienten registrerad i Svenska Neuroregistret? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ej		
<input type="checkbox"/> Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget NHV vissa neuromuskulära sjukdomar vilket innebär att jag har kvar behandlingsansvaret och eventuell intygsskrivning och att efter bedömning på NHV-enheten kommer patienten att ha sin fortsatta uppföljning på hemortssjukhuset.		
<input type="checkbox"/> Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.		
Samtycker patienten till att remiss skickas till annan NHV-enhet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Remittent namn, enhet, Signatur, datum		

