Sahlgrenska Universitetssjukhuset

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SAHLGRENSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET

Nationell högspecialiserad vårdremiss neuromuskulära sjukdomar

Patientens för- och efternamn	**Patientens personnummer, 12 siffror**

Vad gäller remissen? Rekommenderas att en (1) ruta kryssas i.

☐ Bedömning och eventuell fortsatt diagnostisk utredning, vid misstänkt neuromuskulär sjukdom där diagnos inte kunnat fastställas. *Riktad utredning mot metabol/mitokondriell sjukdom sker i Göteborg och Stockholm.*

☐ Bedömning och upprättande av uppföljningsplan efter behov vid viss neuromuskulär sjukdom.

☐ Rekommendation om och uppföljning av sjukdomsmodifierande behandling (såsom genetisk och stamcellsbehandling och enzymsubstitution) när sådan är aktuell vid viss neuromuskulär.

Känd diagnos? ☐ Nej ☐ Ja, specificera

Har patienten fått en tidigare bedömning vid nationell högspecialiserad vårdenhet? ☐ Nej ☐ Ja, vilket/vilka år?

Vilken enhet? *Om annan enhet än nuvarande ska utlåtandet bifogas remissen.* .....

☐ Region Stockholm | ☐ Region Skåne | ☐ Region Östergötland | ☐ Västra Götalandsregionen

Till remissen bifogas en ordinarie remiss där bl a följande ska ingå

1. Anamnes inkl symtomdebut och neonatala uppgifter i förekommande fall.
2. Frågeställning till nationell högspecialiserad vårdenhet.
3. Övriga sjukdomar.
4. Hereditet.
5. Aktuell läkemedelslista. *Kan bifogas separat.*
6. Levnadsomständigheter så som boende, arbete, sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning. Personlig assistans? Följs på habilitering/rehabiliteringsenhet, *specificera enhet och stad*?

Utredningar *Originalsvar på genomförda utredningar ska bifogas remissen.*

Genetisk utredning genomförd?	☐ Nej	☐ Ja	Genetisk vägledning genomförd?	☐ Nej	☐ Ja
Neurofysiologisk utredning genomförd?	☐ Nej	☐ Ja	Muskelbiopsi genomförd?	☐ Nej	☐ Ja
Andra relevanta undersökningar, ex radiologi?	☐ Nej	☐ Ja	Komplett lablista bifogas?	☐ Nej	☐ Ja
EKG utfört?	☐ Nej	☐ Ja	Ekokardiografi/24 h EKG utfört?	☐ Nej	☐ Ja
Spirometri utförd	☐ Nej	☐ Ja	Andningshjälpmedel?	☐ Nej	☐ Ja
Neuropsykologisk utredning genomförd	☐ Nej	☐ Ja			

Är patienten registrerad i Svenska neuroregistret?
Om patienten inte är registrerad, rekommenderas att inremitterande ombesörjer en grundregistrering i aktuellt register. ☐ Nej ☐ Ja ☐ Vet inte

Samtycker patienten till sammanhållen journalföring? ☐ Nej ☐ Ja
att vi får läsa i en spärrad journal? ☐ Nej ☐ Ja
att vi får läsa läkemedelsförteckningen? ☐ Nej ☐ Ja
att vi får läsa i den nationella gemensamma journalen? ☐ Nej ☐ Ja
att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet? ☐ Nej ☐ Ja

Behov av tolk? ☐ Nej ☐ Ja, vilket språk? .....

☐ Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget Nationell högspecialiserad vård (NHV), neuromuskulära sjukdomar. Det innebär att jag har kvar behandlingsansvaret, eventuell sjukskrivning/intygsskrivning och att patienter efter bedömning på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta uppföljning på hemortssjukhuset.

☐ Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

Remittent

Namnförtydligande..... Signatur.....

Datum..... Enhet.....

Ifylld remiss, med bilagor, skickas till

Remissportalen
Neurologimottagningen, Neuromuskulärt centrum
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg