

Remiss till Nationell Högspecialiserad Vård (NHV) – Skelettdysplasier

Remissdatum:	Remitterande enhet:
Remittent:	Svarsmottagare:
Mottagande enhet:	Remisstyp: Vårdbegäran NHV
Specialistvårdsremiss med betalningsförbindelse inskickad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Önskad remissmottagare:	

Patientuppgifter

Namn:	Personnummer:
Adress:	

Frågeställning

Aktuellt hälsoproblem (vänligen ange relevant information enligt nedan)

Typ av skelettdysplasi (om känd) och datum för diagnos:
Aktuella symtom:
Symtomdebut (ålder):
Är genetisk utredning utförd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, var och när utfördes genetisk analys:
Hereditet: (inkl. förekomst av kortvuxenhet, ögon-/ledbesvär, inre missbildningar hos släktingar)

Anamnes: (inkl. senaste ultraljud av hjärta och njurar med plats och datum, hörselnedsättning, tand- och ledproblem, inre organpåverkan, neurologiska symtom, tillväxtkurva från barndom om tillgänglig)

Statusuppgifter: (inkl. neurologiskt status, morfologiska drag, kroppsproportioner: sitt höjd, ståhöjd, armspann)

Bild- och funktionsdiagnostik

Fotodokumentation av sjukhusfotograf: (Frontal-, bakre- och sidoprojektion av hela kroppen, ansikte framifrån och sidobild av öron, händer och fötter samt tidshistorik)

Helkroppsskelett: (Skelettundersökning inkl. tidigare barnradiologi då vissa fynd är åldersberoende. Radiologin bör omfatta: övre och nedre extremiteter, hand, bäcken frontal, thorax + halsrygg frontal och lateral, samt skalle frontal och lateral. Lateral helrygg inkl. nacke)

Undersökning(ar) utförd, var och när:

Funktionsstatus

Behov av hjälpmedel? Ja Nej

Om ja, vilka:

Arbetsförmåga/oförmåga:

Kontakt med habilitering? Ja Nej

Övrigt

Annan organpåverkan relaterat till skelettdysplasi? Ja Nej

Om ja, ange symtom (t.ex. hörselpåverkan, hjärtproblem, ledpåverkan, tidigare behandlingar etc.):

Pågående kontakt med hälsoprofessioner? Ja Nej

Om ja, ange vem:

- Fysioterapeut
- Arbetsterapeut
- Psykolog
- Kurator
- Annan:

Tolkbehov? Ja Nej

Om ja, ange språk och typ av tolk:

Samtycke till åtkomst av patientuppgifter via sammanhållen journalföring (gäller vuxna):

- Ja, patienten samtycker till att alla berörda vårdgivare får ta del av relevanta patientuppgifter
- Ja, patienten har lämnat ett begränsat samtycke
- Nej, inget samtycke finns

Övrig relevant information:

Bifoga gärna:

- Senaste labprover
- Röntgenutlåtanden
- DXA-mätning
- Relevanta journalkopior
- Resultat av genetisk utredning
- Sammanfattande journalanteckningar