

**Nationell högspecialiserad vårdremiss (NHV) för epilepsikirurgisk utredning och behandling  
Gemensam för barn och vuxna**

<b>Information samt NHV enhet som remitteras till</b> <i>(ifylld remiss med bilagor skickas dit)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gemensam för de tre enheter Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Uppsala som bedriver denna utredning och behandling.</li> <li>• Remissen skickas till en av dessa enheter, markera enhet i kryssruta.</li> <li>• Remiss för sällankirurgi (hemisfärotomi, kallosotomi och ingrepp vid hypothalamushamartom) skickas till Västra Götalandsregionen. Om remiss skickats till någon av de andra enheterna och sällankirurgi är aktuellt vidarebefordras remissen till Västra Götalandsregionen och inremitterande enhet informeras.</li> <li>• För mer information se separat remisstöd.</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Region Uppsala vuxen	Remissbedömare, Neuromottagningen, Akademiska Sjukhuset, 751 85 Uppsala
<input type="checkbox"/> Region Uppsala barn	Remissbedömare, Sektionen för barnneurologi, Akademiska barnsjukhuset UAS, 751 85 Uppsala
<input type="checkbox"/> Region Skåne vuxen & barn	Skånes Universitetssjukhus, Epilepsiteamet, Neurologmottagningen, 22185 Lund
<input type="checkbox"/> Västra Götaland vuxen	Remissportalen, Neurosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
<input type="checkbox"/> Västra Götaland barn	Remissportalen, Neurologimottagningen barn, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg

<b>Patientdata och administration</b>		
<b>Patient namn</b>	<b>Adress</b>	<b>Telefon</b>
<b>Personnummer</b>		
<b>Ev. kontaktperson</b>	<b>Adress</b>	<b>Telefon</b>
<b>Ev. Vårdnadshavare 1</b>	<b>Adress</b>	<b>Telefon</b>
<b>Ev. Vårdnadshavare 2</b>	<b>Adress</b>	<b>Telefon</b>
<b>Tolkbehov</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Språk</b>	<b>Eventuell övrig information</b>
<p><b>Patient/vårdnadshavare är informerade samt samtycker till:</b></p> <p>Att remiss skickas till NHV            Att remiss får skickas vidare till annan enhet            Att sammanhållen journal förs            Att spärrad journal får läsas            Att läkemedelsförteckning får läsas            Att nationell gemensam journal får läsas</p>		

<b>Remittent</b>	
<b>Remitterande läkare</b> Namn:  Telefon:	<b>Verksamhet/klinik och adress</b>
<input type="checkbox"/> Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss för denna NHVremiss bifogas som bilaga.	

**Nationell högspecialiserad vårdremiss (NHV) för epilepsikirurgisk utredning och behandling  
Gemensam för barn och vuxna**

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

**Anamnes**

**Frågeställning, bakgrund**

**Aktuell anfallssituation (semiologi/anfallstyp/frekvens)**

**Aktuell funktionsnivå och neurologiskt status**

**Tidigare sjukdomar, perinatale komplikationer, meningit, encefalit**

**Tidigare epilepsikirurgi**

Nej  Ja, specificera:

**Dominant hand**

Vänster  Höger  
 Oklart

**Överkänslighet**

Nej.  
 Ja, följande:

**Hereditet för epilepsi**

Nej  
 Ja, följande:

## Nationell högspecialiserad vårdremiss (NHV) för epilepsikirurgisk utredning och behandling

Sammanställning av utförda utredningar					
<i>Ange vilka utredningar som är utförda och bifoga originalutlåtande i kopia till remissen</i>					
<b>Tidigare epilepsikirurgisk utredning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, specificera:			<b>Genetisk utredning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>
<b>Undersökning</b> <input type="checkbox"/> Rutin-EEG  <input type="checkbox"/> Sömn-EEG  <input type="checkbox"/> Video-EEG; (ev. källanalys)  <input type="checkbox"/> Intrakraniell EEG- registrering	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>	<b>Undersökning</b> <input type="checkbox"/> MRI  <input type="checkbox"/> SPECT  <input type="checkbox"/> PET  <input type="checkbox"/> fMRI  <input type="checkbox"/> MEG  <input type="checkbox"/> Övrigt	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>
<b>Fysioterapeututredning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>	<b>Logopedbedömning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja,	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>
<b>Neuropsykolog-            utredning (bifoga            hela utredningen)</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>	<b>Arbets terapeututredning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Datum</b>	<b>Plats</b>

Läkemedel och behandling	
<b>Aktuella anfallsförebyggande epilepsiläkemedel</b>	<b>Övriga läkemedel</b>
<b>Tidigare provade anfallsförebyggande epilepsiläkemedel</b>	<b>Vagusnervstimulator</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja