

Remiss Nationell högspecialiserad vård-viss vård vid svårbehandlade ätstörningar (barn och unga under 18 år)

Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer; 12 siffror
Patientens adress	

Information om patientens vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1:

För- och efternamn	Personnummer	Telefon	Adress
Juridisk vårdnadshavare (enskild, gemensam mm):			

Vårdnadshavare 2:

För- och efternamn	Personnummer	Telefon	Adress
Juridisk vårdnadshavare (enskild, gemensam mm):			

Har patienten givit samtycke av behandling vid NHV-enhet? Ja Nej

Är patienten informerad om att remiss till NHV-enhet ska skickas? Ja Nej

Har vårdnadshavare informerats om och gett samtycke till remiss/behandling på NHV?
Ja Nej

Patientens vårdform HSL LPT ÖPT LRV Beslut om LVU

Är Primärdiagnosenⁱ en allvarlig ätstörningⁱⁱ? Ja Nej

Är patienten medicinskt stabilⁱⁱⁱ och kan transporteras till aktuell vårdenhet? Ja Nej

Är patienten akut suicidal (hög suicidrisk)? Ja Nej

Lider patienten av en allmänfarlig sjukdom? Ja Nej

Har patienten utåtagerande beteende? Ja Nej

Finns ett aktuellt skadligt bruk och/eller beroende som dominerar sjukdomsbilden? Ja Nej

Primärdiagnos/er:

Psykiatriska:
Somatiska:

Kända andra diagnoser:

Psykiatrisk samsjuklighet:
Somatisk samsjuklighet:

Somatisk utredning gjord för att säkerställa ätstörningsdiagnosen? Ja Nej När?
Om utredning är gjord, när gjordes den och vad ingick i denna utredning?

Fastställd läkemedelsallergi:

Fastställd kostallergi eller kostintolerans:

Tidigare behandlingsförsök för ätstörning: (vårdnivå, behandlingens längd, antal behandlingsförsök, behandlingsmetoder, utfall, ev. hinder vid tidigare behandling/ar)

Har patienten fått en tidigare bedömning eller behandling vid högspecialiserad vårdenhet?

Ja När? Var? (Var vänlig bifoga utlåtande)

Nej

Till remissen bifogas följande uppgifter:

- Aktuella ätstörningssymptom inkl kompensatoriskt beteende (ange frekvens)
- Aktuell längd och vikt
- Tillväxtkurva och viktnamnnes (med fokus på procentuell förändring de senaste 6-12 månaderna)
- Ortostatiskt blodtryck, puls, temp
- EKG och aktuella laboratorievärden
- Eventuellt menstruationsbortfall eller känd graviditet
- Somatisk anamnes
- Kostanamnes
- Psykiatrisk anamnes, ev. suicidförsök (om tidigare utredningar gjorts, bifoga dessa om relevant)
- Aktuell och tidigare självskada (ange frekvens om relevant)
- Aktuellt eller tidigare utåtagerande beteende
- Aktuellt eller tidigare beroende
- Psykiskt status
- Social funktion (relation till jämnåriga/skola)
- Familjesituation
- Aktuell läkemedelsbehandling, bifoga aktuell läkemedelslista

Tydligt specificerade mål för vårdtillfället vid NHV-enheten:

Övrig väsentlig information:

Samtycker patienten/vårdnadshavare till:

	Nej	Ja
Sammanhållen journalföring?		
att vi får läsa i en spärrad journal?		
att vi får läsa läkemedelsförteckningen?		
att vi får läsa i den nationella patientöversikten?		
att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet?		

Barnets egen kommentar till samtycke: (Bifaller patienten samtycke eller har patienten en annan åsikt än vårdnadshavaren och i så fall vad?)

Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget Nationell högspecialiserad vård (NHV)- viss vård vid svårbehandlade ätstörningar. Det innebär att remitterande enhet har kvar behandlingsansvaret, åtgärdar eventuell sjukskrivning/intygsskrivning, vid behov sammankallar till SIP-möte och att patienten efter avslutad behandling på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta vård hos remitterande enhet.

Remittenten förbinder sig att i dialog med NHV-enheten ge patienten fortsatt adekvat behandling upp till 12 månader efter patientens utskrivning.

Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

Remittent

Namnförtydligande	Signatur	
Verksamhet	Region	
Adress	Telefon	Datum
E-postadress		

Övriga e-postadresser (Fyll i nedanstående e-postadresser för smidigare kallelse till exempelvis remittentmöte och eventuellt digitalt bedömningsbesök)

Remittent (övrig)	Remittent (övrig)
Remittent (övrig)	Remittent (övrig)
Vårdnadshavare/närstående	Vårdnadshavare/närstående
Patient	

Information till vårdgivare

Ifylld remiss med tillhörande bilagor skickas till:

[Remissportalen](#)

[Sahlgrenska Universitetssjukhuset](#)

[413 45 Göteborg](#)

Information till Remissportalen

Fördela remiss enligt följande i SÄLMA:

Patienter mellan 0–17 år:

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ätstörningscentrum barn och unga vuxna avdelning

Verksamhet neurologi och psykiatri barn, område 1

Verksamhet: BUP

Grupp: BUP SU Anorexi och Bulimi

Definitioner:

ⁱ Primär diagnos = den diagnos som dominerar patientens sjukdomsbild

ⁱⁱ Allvarlig ätstörning = Högintensiv sjukdomsfas och patienten har genomgått dagsjukvård eller inläggning på psykiatrisk klinik minst en omgång. Potential till förbättring i sin ätstörningssjukdom finns.

ⁱⁱⁱ Medicinskt stabil = vitala parametrar som blodtryck, puls, syremättnad, njurfunktion, medvetandegrad samt laboratorievärden visar på att patienten är utom risk för akut försämring och att patienten kan transporteras till, och fortsätta behandlas vid, en NHV ätstörningsenhet.