

Nationell högspecialiserad vårdremiss neuromuskulära sjukdomar - vuxen

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. <i>Riktad utredning mot metabol/mitokondriell sjukdom sker i Göteborg och Stockholm.</i> | ☐ Rekommendation om och uppföljning av sjukdomsmodifierande behandling (såsom genetisk och stamcellsbehandling och enzymsubstitution) när sådan är aktuell vid viss neuromuskulär. |
| ☐ Bedömning och upprättande av uppföljningsplan efter behov vid viss neuromuskulär sjukdom. | |

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 utlåntag 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 utfört?	☐ Nej ☐ Ja
Spirometri utförd	☐ Nej ☐ Ja	24h EKG utfört?	☐ Nej ☐ Ja
Neuropsykologisk utredning genomförd	☐ Nej ☐ Ja	Andningshjälpmedel?	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? att vi får läsa i en spärrad journal? att vi får läsa läkemedelsförteckningen? att vi får läsa i den nationella gemensamma journalen? att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet?	☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ Nej ☐ Ja ☐ 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 patienten efter bedömning på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta uppföljning på hemortssjukhuset.

☐ Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

Remittent

Namn/förtydligande..... Signatur.....

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

Ifylld remiss, med bilagor, skickas till

Remissportalen
Neurologimottagningen, Neuromuskulärt centrum
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg