

Pulmonell hypertension, remissunderlag utredning, checklista (PH, PA)

Inremitterande sjukhus.....

Patientnamn

Inremitterande läkare.....

Personnummer.....

Datum:.....

Längd.....Vikt.....

Anamnes

- Hereditet för PAH
- Förmaksflimmer
- Vänsterhjärtsvikt (HFrEF/ HFpEF)
- Hypertoni
- Diabetes mellitus
- Ischemisk hjärtsjukdom
- Annan hjärtsjukdom/ medfött hjärtfel
- Lungsjukdom (typ/ diagnos)
- Lungemboli
- Reumatisk sjukdom
- Leversjukdom
- Hematologisk sjukdom
- Sömnapné
- Antikoagulantia

Undersökningar

- EKG
- Ekokardiografi (UCG)
- Spirometri (med DLCO, om möjligt)
- HRCT thorax
- Lungperfusions-/ventilationsscintigrafi

Lab (utöver rutinblodprover)

- NT-proBNP
- Thyreoideastatus
- Autoantikroppar (vid misstanke om reumatologisk sjukdom)
- Hepatitserologi, anti HIV

OBS! Tacksam för komplettering med ovan specificerade utredningar/uppgifter inom 3 veckor.

Bilddiagnostiska undersökningar som inte ligger i Västra Götalandsregionens BFR bör alltid länkas till Mediaenheten på SU/Sahlgrenska, tel. 031-342 71 32

Resultat faxas till Hjärtmottagningen, SU/Sahlgrenska, koordinator- fax
031-41 66 39.

Vid frågor bör kontakt tas med koordinator-ssk:

031-342 97 80

031-342 98 24

031 342 48 39

Relaterad information

[PAH-vårdprogram](#)