

**Remiss för nyimplantation pacemaker**

Patient-ID

- 
- Poliklinisk
- 
- 
- Inneliggande

**EKG (bifogas):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sinusrytm                  | <input type="checkbox"/> Kroniskt FF (I48.9A)    | <input type="checkbox"/> AV-block I (I44.0)         |
| <input type="checkbox"/> Sjuk sinusknuta (I49.5)    | <input type="checkbox"/> Förmaksfladder (I48.9F) | <input type="checkbox"/> AV-block II typ 1 (I44.1A) |
| <input type="checkbox"/> Brady/Takysyndrom (I49.5C) | <input type="checkbox"/> LBBB (I44.6)            | <input type="checkbox"/> AV-block II typ 2 (I44.1B) |
| <input type="checkbox"/> Paroxysmalt FF (I48.9B)    | <input type="checkbox"/> RBBB (I45.0)            | <input type="checkbox"/> AV-block III (I44.2)       |
| <input type="checkbox"/> Nodalrytm                  |  |   |

**Preoperativt symtom:**

- 
- Symtomfri
- 
- Yrsel
- 
- Kronotrop insufficiens
- 
- Synkope

Annat (Fri text): .....

**Anamnes läkemedel:**

- 
- ASA
- 
- Waran
- 
- NOAK: .....
- 
- Clopidogrel
- 
- Ticagrelor
- 
- 
- Allergi mot penicillin
- 
- Allergi mot röntgenkontrast

**Om ej lokalbedövning ange önskad anestesiform:**

- 
- djup sedering
- 
- generell narkos

.....  
Remitterande läkare (klartext).....  
Sjukhus/Vårdcentral/Annat.....  
Datum**Beslut**

- 
- AAIR (FPE10)
- 
- 
- VVIR (FPE00)
- 
- 
- DDDR (FPE20)
- 
- 
- ILR (FPE96)

**Anestesiform:**

- 
- lokal
- 
- 
- djup sedering (
- narkospersonalen närvarar vid ingreppet*
- )
- 
- 
- generell narkos
- 
- 
- preoperativ narkosbedömning

Förslag på fabrikat/modell:

.....

Ansvarig läkare:

Operationsdatum:

.....

.....