

Remissunderlag för ablationsbehandling

Rem läkare: Patient pers nr:
 Klinik: Namn:
 Remissdatum: Adress:
 Postadr:
 Tfn:

Patienten är informerad om ingreppet och ger sitt samtycke till invasiv elfys och/eller ablationsbehandling (OBLIGATORISKT) Ja Nej

Patienter med förmaksflimmer kan remitteras antingen direkt för ablationsbehandling eller för bedömning på mottagning för ställningstagande till ablation (*LVI-mottagningen*). Förutsättningar för direktremiss är att remittenten är specialist i kardiologi, patienten är yngre än 80 år, BMI < 35 och vänster förmak < 35 cm².

Om remissen gäller ablation av förmaksflimmer välj något av följande alternativ:

- Direktremiss för ablation (utan föregående mottagningsbesök på SU/S)
- Patienten är informerad om vinster och risker med ablation av förmaksflimmer
- Patienten är informerad om att ablation sker utan föregående mottagningsbesök
- Besök på LVI-mottagningen inför ställningstagande flimmerablation

Indikation för ablation

- WPW med deltag
 PSVT (AVNRT, dolt WPW, Förmakstakykardi)
 VES/VT ablation
- Fladderablation
 Flimmerablation
 His-ablation

Symtombild

- Synkope (klarlagt eller misstänkt orsakssamband till arytm)
 Hjärtsvikt (klarlagt eller misstänkt orsakssamband till arytm)
 Pre-exciterat förmaksflimmer

Hur länge har patienten haft symtom av arytm?

Vilka symtom har patienten? (dyspné, palpitationer, trötthet, etc.)

Är patienten arbetsför med hänsyn till sina besvär?

Hur ofta har patienten attacker och hur länge brukar de vara?

Vilka läkemedel har man provat och med vilket resultat?

Har patienten haft fladder också Ja Nej (Skicka dokumentation!)

Finns annan arytm dokumenterad (Förmakstakykardi/PSVT) Ja Nej (Skicka dokumentation!)

Hur länge har den längsta sammanhållna episoden varat?

- EHRA score** EHRA I: Närmast asymtomatisk
 EHRA II: Lindriga symtom (kan fortsätta vanlig daglig aktivitet)
 EHRA III: Måttliga symtom (daglig aktivitet påverkad)
 EHRA IV: Uttalade symtom (kan inte genomföra dagliga aktiviteter)

Antal el-konverteringar stycken

- Är patienten att betrakta som paroxysmal (utan DC) paroxysmal (med DC)
 persisterande permanent

Övriga sjukdomar:

-

 Har patienten annan hjärtsjukdom Ja Nej
 Hjärtsvikt Ja Nej
 Hypertoni Ja Nej
 Diabetes Ja Nej
 Överkonsumtion av alkohol Ja Nej
 Sömnapné Ja Nej
 Övervikt Ja Nej
 Lungsjukdom Ja Nej
 Ja, vilken?
- Leversjukdom Ja Nej
 Ja, vilken?
- Magblödning eller annan allvarlig blödning Ja Nej
 Ja, vilken?
- Genomgången stroke/TIA Ja Nej
 Ja, vilken?
- Har patienten pacemaker/ICD VVI DDD CRT ICD
 Implantationsdatum

Vilket CHA2DS2-VASc score har patienten 0 1 2 3 4 5 6

Aktuell medicinering (och doser) Alt. bifoga medicinlista.

.....

Undersökningar

EKG Absolut minimum är EKG som visar arythmi om det finns, samt EKG under SR.
EKG dokumentation av fladder om det finns beskrivet. (Bifogas remissen)

Längd cm **Vikt**.....kg **BMI**.....

Lab Thyreoideaprover..... Hb Krea (NT-pro-BNP)

Ekokardiografi Datum LVEF %

Förmaksstorlekar Vä cm² Hö.....cm²

Allt annat normalt Ja Nej Om nej, bifoga utlåtande

Non-invasiv elfys eller esofagus registrering Finns ej

Datum Takykardi Ja Nej RR.....ms RPms

Annat (Skicka relevanta kopior)

Övriga hjärtundersökningar som kan underlätta bedömning, om de finns tillgängliga:

Skicka relevanta kopior!

Arbets-EKG Finns ej

.....
 BSP-EKG/Event recorder Finns ej

.....
 MR hjärta Finns ej

.....
 Koronarangiografi Finns ej

.....