

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

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
- Lung ventilations-/ perfusionsscintigrafi (V/Q scan)
- CT lungartärer (om möjligt, vid positiva fynd på V/Q-scan)

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 2-3 veckor.**

Bifoga originalsvar på: •EKO •spirometri/DLCO •HRCT/CT lungartärer •V/Q-scan •labprover, inkl NTproBNP.

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](#)