



Personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Remissdatum: \_\_\_\_\_

Remitterande sjukhus/enhet: \_\_\_\_\_

Remitterande läkare: \_\_\_\_\_

## PFO-konferensunderlag

Remissdatum: \_\_\_\_\_

Utredningsindikation:

Stroke

TIA (med påvisad ischemisk skada)

Hjärtinfarkt

Perifer embolisering

Platypnea ortodexia

Dykarsjuka

Annan: \_\_\_\_\_

**Kort sammanfattande anamnes (inklusive situation och datum för insjuknande, symptom, sidolokalisation, duration, ev. trombolys):**

---

---

---

Bedömer inremitterande att patientens stroke (eller annan remissorsak) är kryptogen?

Ja

Nej

Osäker

Är patienten informerad om och intresserad av PFO-slutning?

Ja

Nej

Är patienten informerad om och intresserad av att ingå i kvalitetsuppföljningsregister via Sahlgrenska Universitetssjukhuset?

Ja

Nej

### Cerebral skada (eller annan organskada vid perifer embolisering)

Diagnostik med påvisad ischemisk skada

MR; datum: \_\_\_\_\_ CT; datum: \_\_\_\_\_

Lokalisation av ischemisk skada: \_\_\_\_\_

### Kryptogen?

Föreligger småkärlsjuka/lacunära infarkter?

Ja

Nej

Hur har förmaksflimmer uteslutits? Något av följande är nödvändigt:

$\geq 3$  dygn telemetri

$\geq 3$  dygn Holter

$\geq$  Tum-EKG 3 veckor

ILR

Har CT angiografi (alt MR-angiografi) utförts (obligatoriskt vid cerebrovaskulär sjukdom)?

Ja

Nej

Om ja, finns plack/aterosklerotiska förändringar i cerebrala/precerebrala/andra kärl?

Ja

Nej

Finns misstanke om vaskulit, dissektion eller annan sällsynt orsak till cerebrovaskulär sjukdom?

Ja

Nej

Föreligger venös koagulationsrubbnings?

Ja

Nej

Om ja, finns klinisk anledning till livslång antikoagulation?

Ja

Nej

*(OBS! Följande prover ska ha utförts och besvarats för att koagulationsutredning ska anses fullständig:*

*PK, APTT, Antitrombin, Protein C, Protein S fritt, Faktor II genotyp, Faktor V genotyp, Lupus*

*antikoagulan, Kardiolipin-antikroppar, Beta-2-glykoprotein 1-antikroppar)*

## Risikfaktorer

Hypertoni:  Ja  Nej; om ja:  Debut  Välbehandlad?

TTE (Vänsterkammerhypertrofi? Klaffsjukdom? Vä förmakstorlek?) \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus:  Ja  Nej; om ja:  Debut  Välbehandlad?

Hyperlipidemi:  Ja  Nej

Tobak:  Rökare  Ex-rökare sedan: \_\_\_\_\_  Aldrig rökt

Alkohol/annat missbruk:

Ja  Nej

## Patientrelaterat

Överkänslighet:

Nej

Ja; ange: \_\_\_\_\_

Behov av tolk:

Nej

Ja; vilket språk: \_\_\_\_\_

Läkemedel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Längd, cm: \_\_\_\_\_

Vikt, kg: \_\_\_\_\_

Blodtryck, datum: \_\_\_\_\_

Hb: \_\_\_\_\_

Kreatinin: \_\_\_\_\_

LDL: \_\_\_\_\_

## Nedan fylls i vid konferens:

### TEE

Kontrastpassage via PFO:

Ja  Nej  Oklart

Högriskmorfologi (ASA, pulssynkron kontrast, > 4 mm diastas, prominent

Eustaschiskt valv):  Ja  Nej

RoPE Score: \_\_\_\_\_

### Deltagare vid PFO-konferensen

Neurolog: \_\_\_\_\_

Strokeläkare/koagulationspecialist: \_\_\_\_\_

Kardiolog: \_\_\_\_\_

**Beslut, datum:** \_\_\_\_\_

Accepteras (remiss till ACHD-centrum, SU/Östra), ICE: \_\_\_\_ TEE: \_\_\_\_

Accepteras ej, ej stroke

Accepteras ej, ej kryptogen stroke

Accepteras ej, livslång antikoagulation

Accepteras ej, annan orsak: \_\_\_\_\_

Ofullständig utredning, beslut kan ej tas.