

## Nationell högspecialiserad vårdremiss neuromuskulära sjukdomar - vuxen

Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer, 12 siffror
-------------------------------	-------------------------------------

**Vad gäller remissen?** Rekommenderas att en (1) ruta kryssas i.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bedömning och eventuell fortsatt diagnostisk utredning, vid misstänkt neuromuskulär sjukdom där diagnos inte kunnat fastställas. <i>Riktad utredning mot metabol/mitokondriell sjukdom sker i Göteborg och Stockholm.</i> | <input type="checkbox"/> Rekommendation om och uppföljning av sjukdomsmodifierande behandling (såsom genetisk och stamcellsbehandling och enzymsubstitution) när sådan är aktuell vid viss neuromuskulär. |
| <input type="checkbox"/> Bedömning och upprättande av uppföljningsplan efter behov vid viss neuromuskulär sjukdom.   |   |

**Känd diagnos?**  Nej  Ja, specificera

**Har patienten fått en tidigare bedömning vid nationell högspecialiserad vårdenhet?**  Nej  Ja, vilket/vilka år?

**Vilken enhet?** Om annan enhet än nuvarande ska utlåtandet bifogas remissen. ....

Region Stockholm |  Region Skåne |  Region Östergötland |  Västra Götalandsregionen

**Till remissen bifogas en ordinarie remiss där bl a följande ska ingå**

- Anamnes inkl symtomdebut och neonatala uppgifter i förekommande fall.
  - Frågeställning till nationell högspecialiserad vårdenhet.
  - Övriga sjukdomar.
  - Hereditet.
  - Aktuell läkemedelslista. *Kan bifogas separat.*
  - Levnadsomständigheter så som boende, arbete, sjukskrivning, sjuk- eller aktivitetsersättning.
- Personlig assistans? Följs på habilitering/rehabiliteringsenhet, *specificera enhet och stad?*

**Utredningar** Originalsvar på genomförda utredningar ska bifogas remissen.

Genetisk utredning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Genetisk vägledning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Neurofysiologisk utredning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Muskelbiopsi genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Andra relevanta undersökningar, ex radiologi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Komplett lablista bifogas?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
EKG utfört?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ekokardiografi utfört?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Spirometri utförd	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	24h EKG utfört?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Neuropsykologisk utredning genomförd	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Andningshjälpmedel?	Nej Ja

**Är patienten registrerad i Svenska neuroregistret?**

Om patienten inte är registrerad, rekommenderas att inremitterande ombesörjer en grundregistrering i aktuellt register.  Nej  Ja  Vet inte

**Samtycker patienten till** sammanhållen journalföring?  Nej  Ja

att vi får läsa i en spärrad journal?  Nej  Ja

att vi får läsa läkemedelsförteckningen?  Nej  Ja

att vi får läsa i den nationella gemensamma journalen?  Nej  Ja

att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet?  Nej  Ja

**Behov av tolk?**  Nej  Ja, vilket språk? .....

Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget Nationell högspecialiserad vård (NHV), neuromuskulära sjukdomar. Det innebär att jag har kvar behandlingsansvaret, eventuell sjukskrivning/intygsskrivning och att patienten efter bedömning på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta uppföljning på hemortssjukhuset.

Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

**Remittent**

Namnförtydligande..... Signatur.....

Datum..... Enhet.....