

Checklista inför remittering av patient till NHV-enhet huvud- och halsparagangliom

Bifogas med remiss till Akademiska sjukhuset

Patient:

Personnummer	
Förnamn	Efternamn
Telefonnummer	
Tolkbehov ☐	Samtycke till NPÖ Ja ☐ Nej ☐
Språk:	
Nydiagnostiserat paragangliom Ja ☐ Nej ☐	

Utförda utredningar:

Röntgenundersökningar	Utförande enhet	Datum
☐ DT hals/thorax		
☐ DT temporalben		
☐ DT temporalben med angiosekvens		
☐ MRT hals		
☐ MRT skallbas		
☐ MRT skallbas med angiosekvens		
☐ PET DOTATOC		
☐ PET FDG		
☐ Annan_____		

Övriga utredningar	Svar bifogas
☐ Audiogram	☐
☐ P-metoxikatekolaminer	☐
☐ Genetisk provtagning	☐
☐ PAD/cytologi	PAD/cytologi nummer_____