|  |  |
| --- | --- |
| **Information samt NHV enhet som remitteras till**  *(ifylld remiss med bilagor skickas dit)* | |
| * Gemensam för de tre enheter Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Uppsala som bedriver denna utredning och behandling. * Remissen skickas till en av dessa enheter, markera enhet i kryssruta. * Remiss för sällankirurgi (hemisfärotomi, kallosotomi och ingrepp vid hypothalamushamartom) skickas till Västra Götalandsregionen. Om remiss skickats till någon av de andra enheterna och sällankirurgi är aktuellt vidarebefordras remissen till Västra Götalandsregionen och inremitterande enhet informeras. * För mer information se separat remisstöd. | |
| Region Uppsala vuxen | Remissbedömare, Neuromottagningen, Akademiska Sjukhuset, 751 85 Uppsala |
| Region Uppsala barn | Ansvarig remissmottagare, Sektionen för barnneurologi, Akademiska barnsjukhuset UAS,  751 85 Uppsala |
| Region Skåne vuxen & barn | Adress |
| Västra Götaland vuxen | Remissportalen, Neurosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg |
| Västra Götaland barn | Remissportalen, Neurologimottagningen barn, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patientdata och administration** | | |
| **Patient namn** | **Adress** | **Telefon** |
| **Personnummer** |
| **Ev. kontaktperson** | **Adress** | **Telefon** |
| **Ev. Vårdnadshavare 1** | **Adress** | **Telefon** |
| **Ev. Vårdnadshavare 2** | **Adress** | **Telefon** |
| **Tolkbehov**  Nej  Ja | **Modersmål** | **Eventuell övrig information** |
| **Patient/vårdnadshavare är informerade samt samtycker till att…**  remiss skickas till NHV-enhet  Nej  Ja  det förs sammanhållen journalföring  Nej  Ja  det läses spärrad journal  Nej  Ja  det läses läkemedelsförteckning  Nej  Ja  Ja det läses i nationella gemensamma journalen  Nej  remiss får skickas vidare remiss till annan NHV-enhet.  Nej  Ja | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Remittent** | |
| **Remitterande läkare**  Namn:  Telefon: | **Verksamhet/klinik och adress** |
| Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss för denna NHVremiss bifogas som bilaga. | |
| Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget Nationell högspecialiserad vård (NHV). 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. | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anamnes** | | |
| **Frågeställning, bakgrund** | | |
| **Aktuell anfallssituation (Semiologi/anfallstyp/frekvens)** | | |
| **Aktuell funktionsnivå och neurologiskt status** | | |
| **Tidigare sjukdomar, perinatala komplikationer, meningit, encefalit** | | |
| **Dominant hand**  Vänster  Höger  Oklart | **Överkänslighet**  Nej.  Okänt  Ja, följande: | **Hereditet för epilepsi**  Nej  Okänt  Ja, följande: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sammanställning av utförda utredningar**  *(Bifoga orginalutlåtande av utredningar)* | | | | | |
| **Tidigare epilepsikirurgisk utredning**  Nej  Ja, specificera: | | | **Genetisk utredning**  Nej Ja | **Datum** | **Resultat** |
| **Tidigare epilepsikirurgi**  Nej  Ja, specificera: | | | **Vagusnervstimulator**  Nej  Ja | | |
| **Undersökning**  Rutin-EEG  Sömn-EEG  Video-EEG;  (ev. källanalys)  Intrakraniell EEG-registrering | **Datum** | **Plats** | **Undersökning**  MRI  SPECT  PET  fMRI  MEG  Övrigt | **Datum** | **Plats** |
| **Fysioterapeutredning**  Nej | **Datum** | **Plats** | **Logopedbedömning**  Nej  Ja, | **Datum** | **Plats** |
| **Neuropsyk. utredning**  Nej  Ja, | **Datum** | **Plats** | **Arbetsterapeututredning**  Nej  Ja | **Datum** | **Plats** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Läkemedel** | |
| **Aktuella läkemedel för epilepsi** | **Övriga läkemedel** |
| **Tidigare provade läkemedel för epilepsi** |