

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.

<input type="checkbox"/> Region Uppsala vuxen	Remissbedömare, Neuromottagningen, Akademiska Sjukhuset, 751 85 Uppsala
<input type="checkbox"/> Region Uppsala barn	Ansvarig remissmottagare, Sektionen för barnneurologi, Akademiska barnsjukhuset UAS, 751 85 Uppsala
<input type="checkbox"/> Region Skåne vuxen & barn	Adress:
<input type="checkbox"/> Västra Götaland vuxen	Remissportalen, Neurosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset 413 45 Göteborg
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Modersmål	Eventuell övrig information

Patient/vårdnadshavare är informerade samt samtycker till att...	Nej	Ja
remiss skickas till NHV-enhet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
det förs sammanhållen journalföring	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
det läses spärrad journal	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
det läses läkemedelsförteckning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ja det läses i nationella gemensamma journalen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
remiss får skickas vidare remiss till annan NHV-enhet.	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Remittent			
Remitterande läkare		Verksamhet/klinik och adress	
Namn:			
Telefon:			
<input type="checkbox"/> Betalningsförbindelse / specialistvårdsremiss för denna NHV-remiss bifogas som bilaga.			
<input type="checkbox"/> 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.			
Dominant hand	<input type="checkbox"/> Vänster	<input type="checkbox"/> Höger	<input type="checkbox"/> Oklart
Överkänslighet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt	<input type="checkbox"/> Ja, följande:
Hereditet för epilepsi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Okänt	<input type="checkbox"/> Ja, följande:
Anamnes			
Frågeställning, bakgrund			
Aktuell anfallssituation (Semiologi / anfallstyp / frekvens)			
Aktuell funktionsnivå och neurologiskt status			
Tidigare sjukdomar, perinatale komplikationer, meningit, encefalit			

Sammanställning av utförda utredningar

(Bifoga originalutlåtande av utredningar)

Sammanställning av utförda utredningar							
(Bifoga originalutlåtande av utredningar)							
Tidigare epilepsikirurgisk utredning			Genetisk utredning		Datum	Resultat	
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, specificera:		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			
Tidigare epilepsikirurgi		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, specificera:	Vagusnervstimulator		<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Undersökning	Datum	Plats	Undersökning	Datum	Plats		
<input type="checkbox"/> Rutin-EEG			<input type="checkbox"/> MRI				
<input type="checkbox"/> Sömn-EEG			<input type="checkbox"/> SPECT				
			<input type="checkbox"/> PET				
			<input type="checkbox"/> fMRI				
<input type="checkbox"/> Video-EEG; (ev. källanalys)			<input type="checkbox"/> MEG				
<input type="checkbox"/> Intrakraniell EEG-registrering			<input type="checkbox"/> Övrigt				
Neuropsykiatrisk utredning		Datum	Plats	Arbetsterapeut-utredning		Datum	Plats
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		
Fysioterapeut-utredning		Datum	Plats	Logopedbedömning		Datum	Plats
<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		

Läkemedel

Aktuella läkemedel för epilepsi

Övriga läkemedel

Tidigare provade läkemedel för epilepsi