**Patientens för och efternamn Patientens personnummer 12 siffror**

**Vad gäller remissen?** Rekommenderas att en (1) ruta kryssas i. (dubbelklicka i kryssrutan välj Standardvärde 🠊 Markerad)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Bedömning och eventuell fortsatt diagnostisk utredning, vid misstänkt neuromuskulär sjukdom där diagnos inte kunnat fastställas. *Riktad utredning mot metabol/mitokondriell sjukdom sker i Göteborg och i Stockholm.*[ ]  Bedömning och upprättande av uppföljningsplanefter behov vid viss neuromuskulär sjukdom. | [ ]  Rekommendation om och uppföljning av sjukdomsmodifierande behandling (såsom genetisk och stamcellsbehandling och enzymsubstitution) när sådan är aktuell vid viss neuromuskulär. |

**Känd diagnos?** **[ ]** Nej [ ]  Ja, specificera

**Har patienten bedömts tidigare vid Västra Götalandsregionens NHV-enhet?** [ ]  Nej [ ]  Ja, vilket/vilka år?

*Om ”ja”, ska utlåtandet bifogas remissen.*

**Till remissen bifogas en ordinarie remiss där bland annat följande ska ingå:**

1. Frågeställning till nationell högspecialiserad vårdenhet?
2. Klinisk anamnes; insjuknandeålder + vilka symtom, neonatala uppgifter, sjukdomsförlopp, aktuellt status och funktionsnivå i vardagen.
3. Ärftlighet.
4. Tillväxtdata.
5. Levnadsomständigheter, exempelvis familjeförhållanden och skolform. Personlig assistans? Följs på habilitering eller rehabiliteringsenhet (*specificera gärna enhet och stad*)?
6. Övriga sjukdomar.
7. Aktuell läkemedelslista (*kan bifogas separat*).

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Genetisk utredning genomförd?Neurofysiologisk utredning genomförd?Andra relevanta undersökningar, ex radiologi?EKG utfört?24 h EKG utfört?Ekokardiografi utförtSpirometri utförd? | [ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja | Genetisk vägledning genomförd?Muskelbiopsi genomförd?Komplett lab-lista bifogas?Andningshjälpmedel?Neuropsykologisk utredning genomförd? | [ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja[ ]  Nej [ ]  Ja |

 **Är patienten registrerad i Svenska neuroregistret?** **[ ]**  Nej [ ] Ja [ ]  Vet inte

*Om patienten inte är registrerad, rekommenderas att remitterande ombesörjer en grundregistrering i aktuellt register*

**Samtycker patienten till** sammanhållen journalföring?
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 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**

**Ifylld remiss, med bilagor, skickas till:**
Barnneurologmottagningen
Karolinska Universitetssjukhuset Solna
QC82, Karolinska Vägen 37A
171 76 Stockholm

**Signatur**

**Namnförtydligande**

**Datum Enhet**