**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 Stockholm.*  Bedömning och upprättande av uppföljningsplan  efter 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 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 denna remiss bifogas en ordinarie remiss där bl a följande ska ingå**

1. Anamnes inkl symtomdebut och neonatala uppgifter i förekommande fall.

2. Frågeställning till nationell högspecialiserad vårdenhet.

3. Övriga sjukdomar.

4. Hereditet.

5. Aktuell läkemedelslista. *Kan bifogas separat.*

6. 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?  Neurofysiologisk utredning genomförd?  Andra relevanta undersökningar, ex radiologi?  EKG utfört?  Spirometri utförd?  Neuropsykologisk utredning genomförd? | Nej  Ja  Nej  Ja  Nej  Ja  Nej  Ja  Nej  Ja  Nej  Ja | Genetisk vägledning genomförd?  Muskelbiopsi genomförd?  Komplett lab-lista bifogas?  Ekokardiografi/24 h EKG utfört?  Andningshjälpmedel? | 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 inremitterande*

*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 sjukskrivning/intygsskrivning och att patienter efter bedömning på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta uppföljning på hemortssjukhuset.

Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

**Remittent**

Remissen + bilagor skickas till:  
Neurologmottagningen Huddinge  
Karolinska Universitetssjukhuset  
R52   
141 86 Stockholm

**Signatur**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Namnförtydligande**

**Datum Enhet**