**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 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 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**