

Patientens för och efternamn

Patientens personnummer 12 siffror



Vad gäller remissen? Rekommenderas att en (1) ruta kryssas i.

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.*

Rekommendation om och uppföljning av sjukdomsmodifierande behandling (såsom genetisk och stamcellsbehandling och enzymsubstitution) när sådan är aktuell vid viss neuromuskulär.

Bedömning och upprättande av uppföljningsplan efter behov vid viss neuromuskulär sjukdom.

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:**

Genetisk utredning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Genetisk vägledning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Neurofysiologisk utredning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Muskelbiopsi genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Andra relevanta undersökningar, ex radiologi?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Komplett lab-lista bifogas?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
EKG utfört?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Ekokardiografi/24 h EKG utfört?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Spirometri utförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Andningshjälpmedel?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Neuropsykologisk utredning genomförd?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		

**OBS! Originalsvar på genomförda utredningar ska bifogas remissen.**

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.

**Remittent**

Signatur

---

Namnförtydligande

Datum

Enhet

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