

## Nationell högspecialiserad vårdremiss Borttagande av vaginalt nät eller inkontinensslynga

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Patientens för- och efternamn | Patientens personnummer (12 siffror) |
|-------------------------------|--------------------------------------|

|  |      |                             |                              |
|--|------|-----------------------------|------------------------------|
| Är patienten intresserad av kirurgi avseende borttagande av ett vaginalt nät?          |      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Tidigare nätkirurgi  | År   | Typ av operation?           |                              |
|  |      |                             |                              |
| Indikation för önskemål om borttagande av inkontinensslynga eller vaginalt nät?        |      |                             |                              |
| Smärta – erosion i uretra/blåsa – erosion i vagina - annat                             |      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Smärta</b>  |      |                             |                              |
| Beskriv patientens smärta/besvär i förmodat relation till nät/inkontinensslynga        |      |                             |                              |
| Vilken utredning/behandling är gjord avseende patientens smärta                        |      |                             |                              |
| Är patienten sjukskriven pga. sin smärta   |      | Ange sjukskrivningsgrad     |                              |
|  |      |                             |                              |
| Patienten lider av kronisk smärta från andra lokaler i kroppen utöver sin bäckensmärta |      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| <b>Erosion i uretra/blåsa</b>  |      |                             |                              |
| Blåsdysfunktion  |      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Cytoskopi?   | Fynd |                             |                              |
|  |      |                             |                              |
| <b>Erosion i vagina</b>  |      |                             |                              |
| Vilket kompartiment?   |      | Storlek (cm)                |                              |
|  |      |                             |                              |
| <b>Annan indikation</b>  |      |                             |                              |
|  |      |                             |                              |

## Nationell högspecialiserad vårdremiss Borttagande av vaginalt nät eller inkontinensslynga

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| Patientens för- och efternamn | Patientens personnummer (12 siffror) |
|-------------------------------|--------------------------------------|

| Övrigt   |                              |                             |  |
|--|------------------------------|-----------------------------|--|
| Aktuell sysselsättning   | Yrkesverksam/studerar        | Arbetsökande                | Uppbär sjukbidrag  |
| Tidigare sjukdomar   |                              |                             |  |
| Nuvarande sjukdomar  |                              |                             |  |
| Tidigare bukkirurgi (annan än för vaginal kirurgi)   |                              |                             |  |
| Aktuella läkemedel?  |                              |                             |  |
| Tolkbehov  | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | Språk  |
| Samtycker patienten till sammanhållen journalföring?   |                              |                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <p><b>Information om sammanhållen journal:</b> Sammanhållen journalföring innebär att den du söker vård hos kan få tillgång till uppgifter i journaler du har hos andra vårdgivare. Om behov uppstår är det endast vårdpersonal som har en patientrelation med dig som får ta del av uppgifter i dina journaler. Du har rätt att stå utanför sammanhållen journalföring och rätt att spärra dina uppgifter. På webbplatsen 1177.se kan du läsa mer om regler och rättigheter kring sammanhållen journalföring.</p> |                              |                             |  |
| Samtycker patienten till att vi får titta i en spärrad journal?  |                              |                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| <p>Vi vill kunna ge en så god vård som möjligt till våra patienter och kan då behöva ta in ytterligare underlag till vår helhetsbedömning. Det betyder att du som patient i så fall behöver häva din spärr i journalen.</p>  |                              |                             |  |
| Samtycker patienten till att vi får titta i läkemedelsförteckningen?   |                              |                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Samtycker patienten till att vi får titta i den nationella gemensamma journalen?   |                              |                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget NHV kirurgi vid vaginala nät / inkontinensslyngor, vilket innebär att patienten efter vår bedömning samt eventuell kirurgi kommer att återsändas till hemortssjukhuset/ansvarig vårdgivare. Resor bekostas av hemregionen. Uppföljning efter eventuell kirurgi vad gäller eventuellt uroterapi eller fysioterapi kan erbjudas på hemorten enligt behandlingsrekommendation från NHV-centrum. |
|--------------------------|--|

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Specialistvårdsremiss bifogad som bilaga till denna remiss om du remittera utanför din region |
|--------------------------|---|

Denna remiss tillsammans med remiss/specialistvårdsremiss skickas till:

|  |
|--|
| <p><b>Adress på kuvert:</b><br/>Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge<br/>Gynekologisk mottagning B77<br/>141 86 Stockholm</p> |
|--|

|   |
|---|
| <p><b>Remittent – remitterande enhet</b><br/>Sjukhus:<br/>Klinik:<br/>Mottagning:</p> |
|---|