# Remiss till Nationellt Centrum för Trofoblastsjukdom

**Remisser skickas till:** Avidentifierade remisser kan skickas per mail till nhvtrofoblastsjukdom.karolinska@regionstockholm.se alternativt faxas till 08-123 79729. Kontakt tages sedan med kontaktsjuksköterskor tel 08-123 78919 altenativt med koordinatorer tel 08-123 74203 för att identifiera patienten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Patientens namn**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Personnummer**: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Aktuellt telefonnummer**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Diagnos**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Kombika hemortssjukhus:**Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Klinik**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Sjukhus**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Region**: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Läkare**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Kontaktsjuksköterska**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Telefon/fax**: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Tolkbehov språk**: Klicka eller tryck här för att ange text. |  |  |

**Graviditetsanamnes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gravida**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Para**: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Tidigare mola, år**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Preventivmedel, typ**: Klicka eller tryck här för att ange text. |

**Aktuell graviditet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sista menstruation, datum**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Exaeres/utrymning, datum**: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Re-exaeres/ny utrymning, datum**: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Prostaglandin innan/vid exaeres**  [ ]  Ja [ ]  NejTyp: Klicka eller tryck här för att ange text.Dos: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Oxytocin vid exaeres**  [ ]  Ja [ ]  Nej | **hCG-värde före exaeres**: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Datum för sista hCG innan utrymning**: Klicka eller tryck här för att ange text. |  |

**Symtom och utredning som lett till diagnos**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vaginal blödning**  [ ]  Ja [ ]  Nej | **Vaginalt ultraljud** [ ]  Ja [ ]  NejFynd: Klicka eller tryck här för att ange text. |
| **Blödning från annan metastaslokal**  [ ]  Ja [ ]  NejVilken: Klicka eller tryck här för att ange text. | **Röntgen** [ ]  Ja [ ]  NejTyp: Klicka eller tryck här för att ange text.Fynd: Klicka eller tryck här för att ange text. |

*NHV Trofoblastsjukdom 2022-05-11*