

Nationell högspecialiserad vårdremiss endometrios



Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer 12 siffror
-------------------------------	------------------------------------

Är patienten intresserad av kirurgi och informerad om att remiss ska skickas för bedömning?			Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Önskad åtgärd/operation ni diskuterat med patienten?			BMI	
Rökning?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Antal cigarett/dag	
Diagnossätt?	Vid operation <input type="checkbox"/>	MR <input type="checkbox"/>	Ultraljud <input type="checkbox"/>	
Endometriosspecifika fynd vid MR, ultraljud eller operation?				
MR-bilder har länkats för eftergranskning?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Tidigare endometrioscirurgi?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	År/typ av operation?	
Paritet				
Kvarvarande fertilitetsönskemål	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>		
Infertilitet	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Sedan år?	
Smärtanamnes, välj det alternativ som motsvarar patientens besvär de sista 3 månaderna				
<input type="checkbox"/>	begränsat till dysmenorré/ovulationssmärta			
<input type="checkbox"/>	bäckensmärta av kronisk karaktär (10 dagar eller fler/månad) där patienten kan fullfölja större delen av sitt yrkesarbete/sin fritidssysselsättning eller har en funktionsnedsättning som orsakar sjukskrivning.	Ange grad		
<input type="checkbox"/>	patienten lider av kronisk smärta från andra lokaler i kroppen utöver den smärtan som orsakas av patientens endometrios (t.ex. kronisk huvudvärk, ryggvärk eller andra muskuloskeletala smärtor)			
	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Typ av smärta/lokal	
Psykiatrisk anamnes				
<input type="checkbox"/>	Tidigare eller aktuell kontakt med psykiatri?			
<input type="checkbox"/>	Finns neuropsykiatriska funktionshinder t.ex. autism, personlighetsyndrom (Emotionellt instabilt personlighetsyndrom/borderline), svår ångest eller depression eller substansbrukssyndrom?			

Remiss skickas tillsammans med specialistvårdsremiss till:

Remiss- och bokningscentral Gynekologi

VO Kvinnosjukvård

Jan Waldenströms gata 47

214 66 Malmö

Nationell högspecialiserad vårdremiss endometriosis



Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer 12 siffror
-------------------------------	------------------------------------

Övrigt			
Aktuell sysselsättning	Yrkesverksam/studerar <input type="checkbox"/>	Arbetssökande <input type="checkbox"/>	Uppbär sjukbidrag <input type="checkbox"/>
Tidigare sjukdomar			
Nuvarande sjukdomar			
Tidigare bukkirurgi (annan än för endometriosis)			
Aktuella läkemedel?			
Aktuell läkemedelsbehandling för endometriosis samt tid för behandlingen?			
Samtycker patienten till sammanhållen journalföring?			Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Information om sammanhållen journal: 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.

Samtycker patienten till att vi får titta i en spärrade journal?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	-----------------------------

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.

Samtycker patienten till att vi får titta i läkemedelsförteckningen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Samtycker patienten till att vi får titta i den nationella gemensamma journalen?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget NHV endometriosis vilket innebär att patienten efter vår bedömning samt eventuell operation kommer att återremitteras till hemortssjukhuset/ansvarig vårdgivare.
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Specialistvårdsremiss bifogad som bilaga till denna remiss.
--------------------------	---