



Remiss nationell högspecialiserad vård (NHV), resttillstånd efter polio

Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer, 12 siffror
Patientens adress	Patientens telefonnummer

Remissen gäller

- ☐ Diagnostisering och bedömning av rehabiliteringsbehov avseende misstänkt/fastställt resttillstånd efter polio
☐ Rehabiliteringsbedömning, nytilkomna poliorelaterade besvär, diagnos finns

Har patienten tidigare fått bedömning inom enhet för NHV?

- ☐ Nej
☐ Ja, vid enhet i ☐ Region Skåne ☐ Västra Götalandsregionen ☐ Region Stockholm

Anamnes och status

Fortsättningsblad finns på nästa sida

Anamnes och status, information om annan relevant sjukdom eller skada samt läkemedelslista.
Behov av stöd avseende ADL och ev hjälpmedel.

Är neurofysiologisk undersökning genomförd

- ☐ Nej
☐ Ja, undersökningsresultat bifogas.

Basutredning enligt informationsblad genomfört

- ☐ Nej
☐ Ja, **relevanta** journalanteckningar och lab- och utredningsresultat.

Tolkbehov

- ☐ Nej
☐ Ja, språk

Samtycker patienten till sammanhållen journalföring?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| - att vi får läsa spärrad journal | ☐ Nej | ☐ Ja |
| - att vi får läsa läkemedelsförteckningen | ☐ Nej | ☐ Ja |
| - att vi får läsa nationell gemensam journal | ☐ Nej | ☐ Ja |
| - att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet | ☐ Nej | ☐ Ja |

Remittent

Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget NHV, resttillstånd efter polio. Det innebär att jag har kvar behandlingsansvaret, eventuell sjukskrivning och intygsskrivning samt att patienten efter bedömning på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta uppföljning inom regional primärvård eller medicinsk rehabiliteringsenhet.

Datum (åååå-mm-dd)

Signatur	Namnförtydligande
Enhet	Telefonnummer

Remiss + bilagor skickas till

Skånes universitetssjukhus
Rehabiliteringsmedicin mottagning Lund
Lasarettsgatan 7, plan 3
221 85 Lund



Anamnes och status
fortsättningsblad