



## Remissbilaga till arytmienheten EP-lab

Datum:

<b>Remitterande läkare:</b> <hr/>	<b>Patientdata:</b> ID (ÅÅMMDD - XXXX):  Namn:
<b>Remitterande sjukhus:</b>	
<b>Beskrivning av arytmi*</b> <b>Förmaksflimmer</b> Paroxysmalt Persisterande Permanent  <b>Förmakstakykardi</b> Typiskt fladder (CTI) <input type="checkbox"/> Atypiskt fladder <input type="checkbox"/> Fokal förmakstakykardi (EAT)	<b>AV relaterade takykardier Overt AP (WPW)</b> Symptomatisk                      Asymptomatisk  <b>PSVT utan preexcitation</b> AVNRT                      Dold AP                      Ospec  <b>Kammararytmi</b> VES                      VT
<b>Kliniska uppgifter:</b> CHADS-VAscore*: EHRA score: LVEF*:	Längd*:                      cm Vikt*:                      kg CIED typ och fabrikat*:
<b>Undersökningar innan EP:</b> EKG om sinusrytm * Registrering om kliniska arytmin (EKG/LTER)* Eko (6 månader innan remissen) * CT MR	<b>Medicinering: *</b> Antikoagulation (med/dos): Antiarytmika (med/dos):  <b>Prioritet: *</b> Normal Förtur Akut (Kontakta oss telefonledes!)
<b>Ingrepp:</b> Diagnostisk EPS                      His – Ablation                      Lungvensisolering (PVI) Ablation                      Redo PVI	
<b>Övrigt:</b>	

\* Var god och fyll i de markerade frågorna samt bifoga gällande bilagor till alla remisser.

**OBS! Det här formuläret är ett beslutstöd. Var god och bifoga den till den ordinarie remissen.**