

Remiss till

Nationell Högspecialiserad Vård (NHV) – Dysmeli

Fyll i formuläret, skriv under och skicka till adressen som finns längst ner i dokumentet.

OBS: Dokumentet får ej mejlas.

Remissdatum:		
Remitterande enhet:	Svarsmottagare	
Remittent:	Mottagande enhet:	
Remisstyp: Vårdbegäran NHV		
Specialistvårdsremiss med betalningsförbindelse inskickad:	☐ Ja	☐ Nej
Önskad remissmottagare:		

Patientuppgifter	
Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Frågeställning:	
Bild- och funktionsdiagnostik	
Fotodokumentation av sjukhusfotograf: <i>(Frontal-, bakre- och sidoprojektion av hela kroppen, händer och fötter)</i>	
Röntgen, MRT: <i>(Vid armdysmeli, rtg övre extremiteter. Vid bendysmeli röntgen av bäcken, höft, knä, fot av afficerade ben(en) samt en stående bild med förhöjning under korta benet så att bäckenet står rakt= HKA-vinkelmätning med förhöjning under korta benet)</i>	
Undersökning(ar) utförd, var och när:	

Aktuellt hälsoproblem (vänligen ange relevant information nedan)

Ange nivå i tabellen nedan:

Övre	Arm		Nivå		
	höger	Vänster	Övre	Mellan	Nedre
Total arm	☐	☐			
Överarm	☐	☐	☐	☐	☐
Genom armbågsled	☐	☐			
Underarm	☐	☐	☐	☐	☐
			Total	Partiell	
Carpus	☐	☐	☐	☐	
Metacarpus	☐	☐	☐	☐	
Falang	☐	☐	☐	☐	
Nedre	Ben		Nivå		
	Höger	Vänster	Övre	Mellan	Nedre
Total Pelvis	☐	☐			
Lår	☐	☐	☐	☐	☐
Genom knäled	☐	☐			
Underben	☐	☐	☐	☐	☐
			Total	Partiell	
Tarsus	☐	☐	☐	☐	☐
Metatarsus	☐	☐	☐	☐	☐
Falang	☐	☐	☐	☐	☐

Aktuella besvär eller problem, inkl smärta:

Är genetisk utredning utförd:

☐ Ja

☐ Nej

Om ja, var och när utfördes genetisk analys:

Hereditet:
Anamnes:

(t ex inkl ultraljud av hjärta och inre organ vid armdysmeli, blodbild, tillväxtkurva från barndom, psykosocial situation, tidigare kirurgi och ev gipsredressioner)

Statusuppgifter:

(inkl. t ex benlängdsskillnad, arm och handskillnader, manuell funktion, gångfunktion, rörelseomfång, styrka, barnmedicinskt, barnneurologiskt, neurologiskt status, hjärtstatus)

Beskriv nuvarande hjälpmedel, exempel:

myoelektrisk underarmsprotes, skoförhöjning 3cm höger sko, underbensprotes, mm.

Användningsgrad av nuvarande hjälpmedel:
Använder patient några gång- eller förflyttningshjälpmedel:

kryckor, manuell/elektrisk rullstol, rollator mm.

Funktionsstatus
Behov av hjälpmedel:
☐ Ja

☐ Nej

Om ja, vilka:

Arbetsförmåga/oförmåga:
Kontakt med habilitering:
☐ Ja

☐ Nej

Övrigt
**Annan organpåverkan
relaterat till dysmeli:**
☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange symtom (t.ex. hjärtproblem, ledpåverkan, tidigare behandlingar etc.):

Pågående kontakt med hälsoprofessioner:
☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange vem:

☐ Fysioterapeut ☐ Arbetsterapeut ☐ Psykolog ☐ Kurator ☐ Annan

Tolkbehov:
☐ Ja

☐ Nej

Om ja, ange språk och typ av tolk:

Samtycke till åtkomst av patientuppgifter via sammanhållen journalföring (gäller vuxna):

☐ Ja, patienten samtycker till att alla berörda vårdgivare får ta del av relevanta patientuppgifter

☐ Ja, patienten samtycker till att alla berörda vårdgivare får ta del av relevanta patientuppgifter och ta upp på MDK (Multi disciplinär konferens)

☐ Ja, patienten har lämnat ett begränsat samtycke

☐ Nej, inget samtycke finns

Bifoga gärna

- Senaste labprover
- Röntgenutlåtanden
- Relevanta journalkopior
- Resultat av genetisk utredning
- Sammanfattande journalanteckningar
- Fotodokumentation av hela kroppen