

Inrättning, klinik, avd/mott		<b>Remiss - Veneseccio - erytraferes</b>	
		Personnr	
		Namn	
		Adress	
X-MARKERA <input type="checkbox"/> Öppenvård <input type="checkbox"/> Inneliggande		Rem datum	
Rem läkare Namn Adress		Telefon	
		Provtagning datum	
Rem till Institution Handläggare <b>Vederbörande läkare</b> Adress <b>Aferesmottagning, USÖ</b>		Förflyttning <input type="checkbox"/> går <input type="checkbox"/> stol <input type="checkbox"/> säng	
		Undersöks <input type="checkbox"/> på avd <input type="checkbox"/> i säng	
		Kopia/akutsvar sänds till:	
		Bekräftelse på beräknad väntetid till rem läkare	
Diagnos, fråga - önskad undersökning			
<b>Veneseccio / Erytraferes</b>			
Anamnes, status mm			
<b>Diagnos:</b> <input type="checkbox"/> polycytemia vera <input type="checkbox"/> sekundär polycytemi <input type="checkbox"/> hemokromatos <input type="checkbox"/> porfyria cutanea tarda (PCT) <input type="checkbox"/> under utredning <input type="checkbox"/> annan diagnos			
<b>Remisstyp:</b> <input type="checkbox"/> akut tappning <input type="checkbox"/> underhållstappning <input type="checkbox"/> stående remiss			
<b>Tappningstyp:</b> <input type="checkbox"/> veneseccio <input type="checkbox"/> erytraferes			
<b>Tappningsmål:</b>			
Polycytemi: <input type="checkbox"/> EVF < 45 % <input type="checkbox"/> annat			
Hemokromatos: <input type="checkbox"/> ferritin 30-50 µg/L <input type="checkbox"/> ferritin 50-100 µg/L <input type="checkbox"/> annat			
Porfyria cutanea tarda: <input type="checkbox"/> ferritin ≤ 20 µg/L och transferrinmättnad < 15 % <input type="checkbox"/> annat			
<b>Ersättning:</b> <input type="checkbox"/> dryck <input type="checkbox"/> annat			
<b>Tappningsfrekvens:</b>			
<input type="checkbox"/> en tappning <input type="checkbox"/> serie 2ggr/vecka <input type="checkbox"/> serie 1ggr/vecka <input type="checkbox"/> serie 1ggr/2 veckor			
<b>Övrigt:</b>			
Ansvarig läkare:			Sign: _____
Konsultavdelningens noteringar			
Svar, handläggare		Undersökningsdatum	