

## Vårdbegäran avseende uppföljning efter kirurgisk obesitasbehandling

Nedanstående patient har genomgått kirurgisk behandling mot morbid obesitas. Fram till två år efter operationen ligger ansvaret för postkirurgisk uppföljning på opererande klinik. Denna vårdbegäran avser årliga uppföljningskontroller inom Primärvården från och med två år postoperativt enligt bifogat Rutindokument.

Patient:	
Personnr:	Kön: <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Man
Adress:	
Telefonnummer:	
Opererande klinik:	
Operation: <input type="checkbox"/> Gastric Bypass <input type="checkbox"/> Sleeve gastrektomi <input type="checkbox"/> Duodenal switch Datum:	

Mätvärden/diagnoser	Före operationen	..... månader efter operationen
Vikt		
Längd		
BMI		
Bukomfång		
Blodtryck		
HbA1c		
Kolesterol		
HDL		
LDL		
TG		
Diabetes typ 2; E 11.9	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hypertoni; I 10.9	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sömnapné; G 47.3	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Hyperlipidemi; E 78.5	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej

Läkemedel vid utremittering	Dos	Styrka
<input type="checkbox"/> Enligt rutin; Multivitamin och mineraltablett	1x1	
<input type="checkbox"/> Enligt rutin; B12-vitamin	1x1	1 mg
<input type="checkbox"/> Enligt rutin; Kalcium- och D-vitamintillskott	1x2	500 mg / 10 µgram

Första årliga uppföljningsbesöket i Primärvården rekommenderas till (år+ månad):	
Remissdatum:	<input type="checkbox"/> Journalkopior bifogas vårdbegäran
Remitterande läkare:	