

Obligatorisk bilaga till vårdbegäran/remiss för fetmabehandling

Fyll i och kryssa för relevant alternativ. Om ja i någon ruta: beskriv relevanta detaljer i remisstexten som måste vara fullständig. Alla rubriker nedan ska vara ifyllda för att remissen skall beaktas.

Provtagningar bekostas av inremitterande.

Personnummer		Tolkbehov (språk)	
Namn			
Av inremitterande uppmätt	Längd:	Vikt:	BMI:
Markera nedan ja eller nej:		Ja	Nej
Tidigare seriösa försök att gå ner i vikt genom koständring/ fysisk aktivitet:			
Rökning (kontraindicerar fetmakirurgi)			
Exrökning			
Diabetes			
Hypertoni			
Sömnapné syndrom			
KOL eller astma			
Koronar hjärtsjukdom			
Hjärtsvikt			
Stroke			
Tromboembolisk sjukdom			
Venösa bensår			
Gallstenssjukdom			
Bukoperation			
Psykiatrisk sjukdom			
Hetsättningsstörning			
Missbruk (använd AUDIT/DUDIT)			
Cancer			
Ledsjukdom			
Annan sjukdom			
Lab- och mätvärden	Blodtryck: /	Hb:	S-Kreatinin:
TSH:	Triglycerider:	LDL:	HDL:
Fritt T4:	fP-Glukos:	Om FPG \geq 5.6 eller diabetes HbA1c:	
Aktuell läkemedelslista bifogas <input type="checkbox"/>	Tar inga läkemedel <input type="checkbox"/>		
Bilagan ifylld av (läkare, texta och signera)			Datum

Vårdbegäran/remiss med denna bilaga skickas till:

Remissportalen, Obesitas, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg.

Obesitasmottagningen tar emot vårdbegäran för personer med BMI \geq 35 kg/m². För fetmaoperation gäller BMI \geq 40 kg/m², eller BMI \geq 35 kg/m² med samsjuklighet (typ 2-diabetes, fetmarelaterad kardiomyopati, svår sömnapné, lungemboli, pseudotumor cerebri, venösa bensår), och frånvaro av kontraindikationer.

Se <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/vardriktlinjer/Beslutsstod-overvikt-och-fetma/>