

Vårdbegäran för obesitaskirurgi vid Regionalt Obesitascentrum Barn

Alla rubriker nedan ska vara ifyllda för att remissen skall beaktas. För utomlänspatienter bifogas specialistvårdsremiss.

Obesitasmottagningen tar emot vårdbegäran inför obesitasoperation vid BMI ≥ 40 kg/m², eller BMI ≥ 35 kg/m² med samsjuklighet till exempel: typ 2-diabetes, sömnapné syndrom, leversteatos, hypertoni, funktionsnedsättande ledsjukdom.

Namn	Personnummer
Tolkbehov inkl. språk och eventuell dialekt	
Kompleta tillväxtkurvor från födelse till dags datum inkl. medelföräldralängd	

Tidigare seriösa försök att gå ner i vikt genom multidisciplinär teambehandling Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>				
Antal besök Senaste tolv månader:	Läkare	Sjuksköterska	Dietist	Fysioterapeut
Diabetes Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Vilken? Typ I <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/>			
Hypertoni Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Sömnapné syndrom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>			
Cancersjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Gallstenssjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>			
Lungsjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Lungsjukdom - Vilken?			
Psykiatrisk sjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Psykiatrisk sjukdom - Vilken?			
Känd hjärt/kärlsjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Känd hjärt-kärlsjukdom - Vilken?			
Ätstörning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Ätstörning - Vilken?			
Missbruk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Ledsjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>			
Neuropsykiatrisk diagnos Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Tromboembolisk sjukdom Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>			
Rökning Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej <input type="checkbox"/>	Annan sjukdom:			

Pågående kontakt/behandling (BUP, BNK, HAB, Individ- och familjeomsorg):
Hypertoni (metabola sjukdomar eller kardiovaskulära sjukdomar)
Hereditet för obesitas:
Önskan om obesitaskirurg:
Aktuellt läkemedel inkl. antikonception:

Lab- och mätvärden (inte äldre än tre månader)

Längd	ISO-BMI
Blodtryck x 3 (i vila)	OGTT
B-Blodstatus (5 ml)	P-Asat, P-Alat
S-Kreatinin	P-TSH: P- Fritt T4
fP- Triglycerider: P- LDL Kolesterol. P-kolesterol, P- HDL	P-Glukos, B- HbA1c, P – Insulin, 25 – OH vitamin D, S-
B-Peth	25-OH Vitamin D, S
Järnpaket	

Bilaga ifylld av (texta):	
Inremitterande enhet:	
Patientens ger sitt medgivande för Regionalt Obesitascentrum att inhämta relevant information via NPÖ (Nationell patientöversikt) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Datum
Vårdnadshavare	Telefonnummer Önskar sms påminnelse Ja <input type="checkbox"/>
Vårdnadshavare	Telefonnummer Önskar sms påminnelse Ja <input type="checkbox"/>

Provtagningar bekostas av inremitterande.

Vårdbegäran skickas till:

**Remissportalen, Obesitascentrum Barn, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45
Göteborg.**