

**Nationell högspecialiserad vårdremiss (NHV) för
epilepsikirurgisk utredning och behandling
Gemensam för barn och vuxna**

Information samt NHV enhet som remitteras till <i>(ifylld remiss med bilagor skickas dit)</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Gemensam för de tre enheter Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Uppsala som bedriver denna utredning och behandling. • Remissen skickas till en av dessa enheter, markera enhet i kryssruta. • Remiss för sällankirurgi (hemisfärotomi, kallosotomi och ingrepp vid hypothalamushamartom) skickas till Västra Götalandsregionen. Om remiss skickats till någon av de andra enheterna och sällankirurgi är aktuellt vidarebefordras remissen till Västra Götalandsregionen och inremitterande enhet informeras. • För mer information se separat remisstöd. 		
Region Uppsala vuxen	Remissbedömare, Neuromottagningen, Akademiska Sjukhuset, 751 85 Uppsala	
Region Uppsala barn	Remissbedömare, Sektionen för barnneurologi, Akademiska barnsjukhuset UAS, 751 85 Uppsala	
Region Skåne vuxen & barn	Skånes Universitetssjukhus, Epilepsiteamet, Neurologmottagningen, 22185 Lund	
Västra Götaland vuxen	Remissportalen, Neurosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg	
Västra Götaland barn	Remissportalen, Neurologimottagningen barn, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg	
Patientdata och administration		
Patient namn	Adress	Telefon
Personnummer		
Ev. kontaktperson	Adress	Telefon
Ev. Vårdnadshavare 1	Adress	Telefon
Ev. Vårdnadshavare 2	Adress	Telefon
Tolkbehov Nej Ja	Eventuell övrig information	
Språk		
Patient/vårdnadshavare är informerade samt samtycker till:		
Att remiss skickas till NHV	Ja	Nej
Att remiss får skickas vidare till annan enhet	Ja	Nej
Att sammanhållen journal förs	Ja	Nej
Att spärrad journal för läsas	Ja	Nej
Att läkemedelsförteckning får läsas	Ja	Nej
Att nationell gemensam journal får läsas	Ja	Nej

**Nationell högspecialiserad vårdremiss (NHV) för
epilepsikirurgisk utredning och behandling
Gemensam för barn och vuxna**

Remittent		
Remitterande läkare	Verksamhet/klinik och adress	
Namn:		
Telefon:		
Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss för denna NHV remiss bifogas som bilaga.		
Ja	Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget Nationell högspecialiserad vård (NHV). Det innebär att jag har kvar behandlingsansvaret, eventuell sjukskrivning/intygsskrivning och att patienten efter bedömning på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta uppföljning på hemortssjukhuset.	
Nej		
Anamnes		
Frågeställning, bakgrund		
Aktuell anfallssituation (semiologi/anfallstyp/frekvens)		
Aktuell funktionsnivå och neurologiskt status		
Tidigare sjukdomar, perinatale komplikationer, meningit, encefalit		
Tidigare epilepsikirurgi		
Nej Ja, specificera:		
Dominant hand	Överkänslighet	Hereditet för epilepsi
Vänster Höger	Nej. Ja, följande:	Nej Ja, följande:
Oklart		

Sammanställning av utförda utredningar

Ange vilka utredningar som är utförda och bifoga originalutlåtande i kopia till remissen

Tidigare epilepsikirurgisk utredning		Genetisk utredning		Datum	Plats
Nej	Ja, specificera:	Nej	Ja		
Undersökning	Datum	Plats	Undersökning	Datum	Plats
Rutin-EEG			MRI		
Sömn-EEG			SPECT		
Video-EEG; (ev. källanalys)			PET fMRI MEG		
Intrakraniell EEG- registrering			Övrigt		
Fysioterapeututredning	Datum	Plats	Logopedbedömning	Datum	Plats
Nej	Ja		Nej	Ja	
Arbetsterapeututredning			Nej	Ja	
Neuropsykolog- utredning (bifoga helautredningen)			Nej	Ja	

Läkemedel och behandling

Aktuella anfallsförebyggande epilepsiläkemedel	Övriga läkemedel
Tidigare provade anfallsförebyggande epilepsiläkemedel	Vagusnervstimulator
	Nej Ja