

**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. 	
<input type="checkbox"/> Region Uppsala vuxen	Remissbedömare, Neuromottagningen, Akademiska Sjukhuset, 751 85 Uppsala
<input type="checkbox"/> Region Uppsala barn	Remissbedömare, Sektionen för barnneurologi, Akademiska barnsjukhuset UAS, 751 85 Uppsala
<input type="checkbox"/> Region Skåne vuxen & barn	Skånes Universitetssjukhus, Epilepsiteamet, Neurologmottagningen, 22185 Lund
<input type="checkbox"/> Västra Götaland vuxen	Remissportalen, Neurosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Språk	Eventuell övrig information
<p>Patient/vårdnadshavare är informerade samt samtycker till:</p> <p>Att remiss skickas till NHV Att remiss får skickas vidare till annan enhet Att sammanhållen journal förs Att spärrad journal får läsas Att läkemedelsförteckning får läsas Att nationell gemensam journal får läsas</p>		

Remittent	
Remitterande läkare Namn: Telefon:	Verksamhet/klinik och adress
<input type="checkbox"/> Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss för denna NHVremiss bifogas som bilaga.	

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

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.

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

Vänster Höger
 Oklart

Överkänslighet

Nej.
 Ja, följande:

Hereditet för epilepsi

Nej
 Ja, följande:

Nationell högspecialiserad vårdremiss (NHV) för epilepsikirurgisk utredning och behandling

Sammanställning av utförda utredningar					
<i>Ange vilka utredningar som är utförda och bifoga originalutlåtande i kopia till remissen</i>					
Tidigare epilepsikirurgisk utredning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, specificera:			Genetisk utredning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum	Plats
Undersökning <input type="checkbox"/> Rutin-EEG <input type="checkbox"/> Sömn-EEG <input type="checkbox"/> Video-EEG; (ev. källanalys) <input type="checkbox"/> Intrakraniell EEG- registrering	Datum	Plats	Undersökning <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> fMRI <input type="checkbox"/> MEG <input type="checkbox"/> Övrigt	Datum	Plats
Fysioterapeututredning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum	Plats	Logopedbedömning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja,	Datum	Plats
Neuropsykolog- utredning (bifoga hela utredningen) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum	Plats	Arbetssterapeututredning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Datum	Plats

Läkemedel och behandling	
Aktuella anfallsförebyggande epilepsiläkemedel	Övriga läkemedel
Tidigare provade anfallsförebyggande epilepsiläkemedel	Vagusnervstimulator <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja