

## Remissförfarande till nationell högspecialiserad vård (NHV) vid ryggmärgsskada

I syfte att standardisera remissinformation som är nödvändig i kontakt med NHV-rehabiliteringsinstans för primär rehabilitering efter ryggmärgsskada, behöver nedanstående punkter inkluderas vid skriftlig vårdbegäran.

Patientens för- och efternamn	Patientens personnummer, 12 siffror	Patientens telefonnummer
Patientens hemregion		Patientens hemkommun
<p><b>Diagnos</b>        Ange tillhörande etiologisk analys. Aktuell ryggmärgsskada för NHV kan vara förvärvad traumatisk och/eller icke-traumatisk, fokal (avgränsad) och icke-progredierande (primärt inte förväntas förvärras).</p>		
<p><b>Ange datum för skada/insjuknande</b></p>		
<p><b>Anamnes och status</b>        Inklusive bland annat tidigare funktionsnivå, nuvarande funktionsnivå, mental status och eventuella komplikationer till operation eller annan behandling, annan relevant sjukdom eller skada.</p>		
<p><b>Social situation</b>        Utförlig social situation</p>		
<p><b>Operationsbeskrivning, kortfattad och datum för operation</b></p>		<p><b>Datum</b> .....</p>
<p><b>Ange klassificering och datum</b>        Med ”international standards of neurological classification of spinal cord injury” eller annan beskrivning av aktuell neurologi</p>		<p><b>Datum</b> .....</p>
<p><b>Uppge restriktioner eller försiktighetsåtgärder</b>        Relaterat till operation eller annan behandling. Inkludera gärna kirurgutlåtande.</p>		
<p><b>Radiologisk kontrollplan och pågående medicinska behov</b></p>		

**Medicinskt stabil, kort beskrivning av status**

Se stöddokument för NHV-vård ryggmärgsskada.

**Transport**

Vid underventilation och behov av ventilationsutrustning under transport bör detta poängteras noggrant i remiss.

**Samtycker patienten till**

att vi får läsa läkemedelsförteckningen?

Nej

Ja

att vi får läsa i den nationella sammansatt journalen, NPÖ?

Nej

Ja

att remissen skickas till NHV-enhet?

Nej

Ja

**Behov av tolk?**

Nej

Ja, vilket språk?

Betalningsförbindelse/specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

**Remittent**

Namnförtydligande..... Signatur.....

Mottagning..... Sjukhus.....

Telefonnummer ..... Datum.....

Ifylld remiss, med bilagor, skickas till

Koordinator t