

Remiss nationell högspecialiserad vård vid svårbehandlade ätstörningar vuxna

Information

Remissen ska användas av remitterande vårdgivare som inte har Cosmic.

Ifylld remiss skickas till:

Ätstörningsenheten för vuxna

Akademiska sjukhuset, ingång 10

751 85 Uppsala

Patientinformation

För- och efternamn	
Personnummer, 12 siffror	
Adress	
Telefonnummer	

Frågor om behandling och diagnoser

Har patienten givit samtycke till behandling vid NHV-enhet?

Ja. Nej.

Är patienten informerad om att remiss till NHV-enhet ska skickas?

Ja. Nej.

Patientens vårdform:

HSL. LPT. ÖPT. LRV.

Är primär diagnosen (den diagnos som dominerar patientens sjukdomsbild) en allvarlig ätstörning? Med allvarlig ätstörning menas en högintensiv sjukdomsfas där patienten har genomgått dagsjukvård eller inläggning på psykiatrisk klinik minst en omgång. Det ska även finnas en tydlig potential till förbättring i ätstörningssjukdomen.

Ja. Nej.

Är patienten akut medicinskt instabil? Med akut medicinsk instabilitet menas medicinsk instabilitet som är orsakad av en allvarlig ätstörning, och som har initialbehandlats av medicinsk akutverksamhet så att patienten kan transporteras till, och fortsätta behandlas vid, en NHV ätstörningsenhet.

Ja. Nej.

Är patienten i transportabelt skick till aktuell vårdenhet?

Ja. Nej.

Är patienten akut suicidal (hög suicidrisk)?

Ja. Nej.

Lider patienten av en allmänfarlig sjukdom?

Ja. Nej.

Har patienten utåtagerande beteende?

Ja. Nej.

Har patienten ett aktuellt missbruk?

Ja. Nej.

Diagnoser

Primärdiagnoser

Psykiatriska	
Somatiska	

Kända andra diagnoser

Psykiatrisk samsjuklighet	
Somatisk samsjuklighet	

Somatisk utredning gjord för att säkerställa ätstörningsdiagnosen?

Ja. Nej.

Om utredning är gjord, när gjordes den och vad ingick i denna utredning?	
Fastställd läkemedelsallergi	
Fastställd kostallergi eller kostintolerans	

Tidigare behandlingsförsök för ätstörning

Vårdnivå, behandlingstid, antal behandlingsförsök, behandlingsmetoder, utfall.	
--	--

Har patienten fått en tidigare bedömning eller behandling vid högspecialiserad vårdenhet?

Ja. Nej.

Om ja, när och var? Vänlig bifoga utlåtande.	
---	--

Remiss

Bifogas följande uppgifter:

- Aktuella ätstörningssymptom inklusive kompensatoriskt beteende, ange frekvens.
- Aktuell längd och vikt.
- Viktanamnes, med fokus på procentuell förändring de senaste 6–12 månaderna.
- Ortostatiskt blodtryck, puls, temperatur.
- EKG och aktuella laboratorievärden.
- Eventuellt menstruationsbortfall eller känd graviditet.
- Somatisk anamnes.
- Kostanamnes.
- Eventuell samsjuklighet, psykiatrisk anamnes, om tidigare utredningar gjorts, bifoga dessa om relevant.
- Aktuell självskada, ange frekvens om relevant.
- Tidigare självskada eller suicidförsök.
- Aktuellt eller tidigare utåtagerande beteende.
- Aktuellt eller tidigare missbruk.
- Psykisk status.
- Social funktion (relation till jämnåriga och skola).
- Familjesituation.

Tydligt specificerade mål för vårdtillfället vid NHV-enheten

Exempelvis minskat kompensatoriskt beteende, viktuppgång, regelbundet och adekvat ätande	
Patientens beskrivning av problematiken	
Övrig väsentlig information	
Remittentens sammanfattning	

Samtycker patienten till

Sammanhållen journalföring?

Ja. Nej.

Att vi får läsa i en spärrad journal?

Ja. Nej.

Att vi får läsa läkemedelsförteckningen?

Ja. Nej.

Att vi får läsa i den nationella patientöversikten?

Ja. Nej.

Att remissen skickas vidare till annan NHV-enhet?

Ja. Nej.

Jag som remittent är införstådd med att patienten remitteras inom uppdraget Nationell högspecialiserad vård (NHV) viss vård vid svårbehandlade ätstörningar. Det innebär att jag har kvar behandlingsansvaret, åtgärdar eventuell sjukskrivning/intygsskrivning, vid behov sammankallar till SIP-möte och att patienten efter avslutad behandling på NHV-enheten kommer att ha sin fortsatta vård på remitterande enhet.

Ja. Nej.

Remittenten förbinder sig att i dialog med NHV-enheten ge patienten fortsatt adekvat behandling upp till 12 månader efter patientens utskrivning.

Ja. Nej.

Betalningsförbindelse och specialistvårdsremiss bifogas som bilaga till denna remiss.

Remittent

Namnförtydligande	
Signatur	
Verksamhet	
Region	
Adress	
Telefon	
Datum	