

Remiss nationell högspecialiserad vård vid svårbehandlade ätstörningar barn och unga under 18 år

Information

Remissen ska användas av remitterande vårdgivare som inte har Cosmic.

Ifylld remiss skickas till adress:

Barn-och ungdomspsykiatrisk ätstörningsavdelning NHV.

Akademiska sjukhuset, ingång 10.

751 85 Uppsala.

Patientinformation

| | |
|--------------------------|--|
| För- och efternamn | |
| Personnummer, 12 siffror | |
| Adress | |

Patientens vårdnadshavare

Vårdnadshavare 1

| | |
|---|--|
| För- och efternamn | |
| Personnummer, 12 siffror | |
| Telefonnummer | |
| Adress | |
| Juridisk vårdnadshavare, enskild, gemensam, med mera. | |

Vårdnadshavare 2

| | |
|---|--|
| För- och efternamn | |
| Personnummer, 12 siffror | |
| Telefonnummer | |
| Adress | |
| Juridisk vårdnadshavare, enskild, gemensam, med mera. | |

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.

Har vårdnadshavare informerats om och gett samtycke till remiss och behandling på NHV?

Ja. Nej.

Patientens vårdform:

HSL. LPT. ÖPT. LRV.

Beslut om LVU.

Är primärdiagnosen (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

Primär diagnoser

| | |
|--------------|--|
| 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, behandlingens längd, 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

Bifoga följande uppgifter:

- Aktuella ätstörningssymptom inkl kompensatoriskt beteende, ange frekvens.
- Aktuell längd och vikt.
- Tillväxtkurva och 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.
- Psykiskt status.
- Social funktion (relation till jämnåriga och skola).
- Familjesituation.
- Aktuella läkemedel.

Tydligt specificerade mål för vårdtillfället vid NHV-enheten

| | |
|--|--|
| Exempel minskat kompensatoriskt beteende, viktuppgång, regelbundet och adekvat ätande | |
| Patientens och vårdnadshavares beskrivning av problematiken | |
| Övrig väsentlig information | |
| Remittentens sammanfattning | |

Samtycken

Samtycker patienten och vårdnadshavare:

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 eller 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 | |