

## Henvisningskabelon til andrologi og pædiatrisk endokrinologi v3-0

1. Udfyld skabelonen elektronisk på [www.rh.dk/henvisninger](http://www.rh.dk/henvisninger)
2. Kopier oplægget over i den elektroniske henvisning (eks. i anamnesefeltet)
3. Send henvisningen til afdelingskode 130161. (61.; 1301)

**BEMÆRK: Pt. til genetisk udredning/rådgivning skal henvises til Klinisk Genetisk Klinik på Rigshospitalet.**

<b>Henvisers navn</b> _____ <b>Henviser</b> <input type="radio"/> Sygehusafdeling (1) <input type="radio"/> Almen praktiserende læge <input type="radio"/> Praktiserende speciallæge <b>Evt. patientens tlf.</b> _____ <b>Henvisningsårsag</b> <input type="radio"/> Mandlig fertilitetsudredning (2) <input type="radio"/> Testosteronmangel (4) <input type="radio"/> Gynækomasti (3) <input type="radio"/> Vækstproblemer (5 og 8) Andet: _____ <b>Aktuel medicinstatus*</b> _____ _____ _____	<b>Afsenders tlf.</b> _____ (1) Sygehus _____ (1) Afdeling _____ Har pt. behov for tolk? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej Hvis ja, angiv sprog _____ <input type="radio"/> Tidlig eller sen pubertet (6 og 8) <input type="radio"/> Endokrine senfølger efter cancer/hæmatologisk sygdom (7 og 8) <input type="radio"/> Thyroideaproblemer (8) <input type="radio"/> Kromosomfejl (8)
--	---

\* Ej relevant ved gynækomasti. Udfyldes separat under punkt 3.

### (2) Ved mandlig fertilitetsudredning oplyses følgende:

Tidligere testikelsygdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Har kvinden tidligere fået børn? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Tidligere hormonsygdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Har manden tidligere fået børn? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Er pt. steriliseret? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Periode hvor graviditet er forsøgt _____ mdr
Uxors CPR nr. _____	

**BEMÆRK: Testikelsygdomme eller hormonsygdomme beskrives i anamnesen.**

### (3) Ved gynækomasti oplyses følgende:

Alder ved opstået tilstand \_\_\_\_\_

Har pt. taget anabole steroider?  Ja  Nej

Får pt. medicinsk behandling?  Ja  Nej

Hvis ja, angiv præparater og dosis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### (4) Ved testosteronmangel oplyses følgende:

Testosteronniveau målt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Tidl. testis el. hormonsygdom <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Testosteronniveau _____ nmol/L	Pt. højde _____ cm
Testosteronniveau _____ nmol/L	Pt. vægt _____ kg

**BEMÆRK: Beskrivelse af testissygdom bedes beskrevet i anamnesen.**

### (5) Ved vækstproblemer oplyses følgende:

Højdevurdering <input type="radio"/> Lav højde <input type="radio"/> Stor højde	Patientens højde _____ cm
Vækstvurdering <input type="radio"/> Normal tilvækst	Angiv dato og pt. alder for måling ____/____-20____ år
<input type="radio"/> Vækstacceleration	Biologisk mors højde (evt.) _____ cm
<input type="radio"/> Vækstdeceleration	Biologisk fars højde (evt.) _____ cm
Patientens etnicitet _____	
Er pt. højde udenfor normalområdet** (+/- 2 SD el. 3-97 percentil)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	

\*\* Nye danske vækstkurver findes på [vækstkurver.dk](http://vækstkurver.dk) og [sundhed.dk](http://sundhed.dk)

Fortsat...

### (6) Ved tidlig eller sen pubertet oplyses følgende:

Pubertetsvurdering <input type="radio"/> Tidlig pubertet	Evt. debuttidspunkt menstruation (år/mdr.) _____
<input type="radio"/> Sen pubertet	Evt. debuttidspunkt brystudvikling (år/mdr.) _____
Tannerstadie pubes (evt) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Evt. debuttidspunkt kønsbehåring (år/mdr.) _____
Tannerstadie bryst (evt) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	

**BEMÆRK: Symptomer bedes beskrevet kort i anamnesen.**

### (7) Ved endokrine senfølger efter cancer/hæmatologisk sygdom oplyses følgende:

Tidl. behandling <input type="radio"/> Ingen	Primær sygdom _____
<input type="radio"/> Kemoterapi	
<input type="radio"/> Strålebehandling	
<input type="radio"/> Kemoterapi og strålebehandling	

### (8) Tidligere vækstdata

Er tidligere vækstdata sendt til klinikken (fax 35456054 el. mail [vakst-repro@regionh.dk](mailto:vakst-repro@regionh.dk))?  Ja  Nej

### Kort anamnese

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Diagnostiske undersøgelser (angiv dato for seneste undersøgelse og hospital hvor gennemført)

MR ____/____-20____	Blodprøve ____/____-20____
Ultralyd ____/____-20____	Sædprøve (senest) ____/____-20____
Scintigrafi ____/____-20____	Kromosomanalyse ____/____-20____
Røntgen af venstre hånd ____/____-20____	
Er billeder overført eller sendt? <input type="radio"/> Ja - via PACS	Er beskrivelser sendt? <input type="radio"/> Ja - til fax (3545 6054)
<input type="radio"/> Ja - som vedhæftet fil	<input type="radio"/> Ja - som vedhæftet fil
<input type="radio"/> Delvist	<input type="radio"/> Nej
<input type="radio"/> Nej	Andet: _____
Andet: _____	

### Evt. kommentarer til diagnostiske undersøgelser

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Komorbiditet (vælg type)

<input type="checkbox"/> Ingen	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Nyreinsufficiens
<input type="checkbox"/> Hjertesygdom	<input type="checkbox"/> Kronisk leversygdom	<input type="checkbox"/> Adipositas
Andet _____		

**Ved spørgsmål kontakt visitationen i Klinik for Vækst og Reproduktion på tlf. 3545 5085**