

Henvisningsskabelon til neurofysiologiske undersøgelser

v3-0

1. Udfyld skabelonen elektronisk på www.rh.dk/henvisninger
2. Kopier oplægget over i den elektroniske henvisning (eks. i anamnesefeltet)
3. Send henvisningen til afdelingskode 130119.1 (interne RH henvisninger sendes til 19.1 eller NF1) – eller send via CVI

<p>Henviser <input type="radio"/> Sygehusafdeling (1) <input type="radio"/> Speciallægepraksis/Almen praksis (2)</p> <p>Læges navn _____</p> <p>Læges tlf. (evt) _____</p> <p>Afsenders tlf. _____</p> <p>Afsenders fax (evt) _____</p> <p>Patientoplysninger</p> <p>Patientens tlf. _____</p> <p>Har pt. pacemaker? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p> <p>Hvis ja, har pt. en ICD pacemaker <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p> <p>Angiv evt. anden type _____</p> <p>Har pt. behov for tolk? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p> <p>Hvis ja, angiv sprog _____</p> <p>Har pt. transportbehov? <input type="radio"/> Ingen <input type="radio"/> Liggende transport <input type="radio"/> Siddende transport</p>	<p>(1) Ved sygehusafdeling: Sygehus _____ Afdeling _____</p> <p>(2) Ved speciallægepraksis/Almen praksis Adresse _____ By _____ Postnr _____</p> <p>(1) Er pt. indlagt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej Hvis ja, angiv hospital _____ og afdeling _____</p> <p>Skal pt. undersøges på stuen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej (kun pt. indlagt på RH)</p> <p>Er pt. i isolation? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej</p>
--	---

BEMÆRK: Ved liggende transport kan pt. først henvises efter telefonisk kontakt til visitationen (tlf. 3545 3067).

Tidligere neurofysiologiske undersøgelser

<p>Pt. tidl. vurderet neurofysiologisk? <input type="radio"/> Ja - på hospitalsafdeling (3) <input type="radio"/> Ja - hos speciallæge (4) <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ved ikke</p> <p>Er notater/beskrivelser vedhæftet el. faxet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej (fax 3545 3264)</p>	<p>(3) Hvis på hospitalsafdeling Hospital _____</p> <p>(4) Hvis hos speciallæge Hospital _____ Adresse _____ By _____ Postnr _____</p>
--	--

Evt. kommentarer/spørgsmål til tidl. neurofysiologiske undersøgelser

Ønskede undersøgelser

MEP (5) <input type="checkbox"/>	MEP+TST (5) <input type="checkbox"/>	Nerveledning/EMG (6) <input type="checkbox"/>
BAEP <input type="checkbox"/>	Small fibre us. (6) <input type="checkbox"/>	Nerveledning/karpaltunnel (6) <input type="checkbox"/>
SSEP <input type="checkbox"/>	VEP <input type="checkbox"/>	EEG (8) <input type="checkbox"/>
Autonom udredning (7) <input type="checkbox"/>	Andet _____ (Angiv hvilken us.)	

BEMÆRK: MEP samt MEP+TST udføres ikke hos pt. med pacemaker, visse indopererede metallegemer, gravide pt. og kun sjældent hos pt. med epilepsi.

Fortsat...

(5) Ved MEP eller MEP+TST oplyses følgende:

- Har pt. intrakranielle metalclips? Ja Nej
- Har pt. metal i øjne el. ører? Ja Nej
- Lider pt. af epilepsi? Ja Nej
- Er pt. gravid? Ja Nej
- Har pt. indopereret metal i hjertet? Ja Nej

Evt. bemærkninger til kontraindikationer

BEMÆRK: ved epilepsi, kontakt venligst klinikken på tlf. 3545 3064 for diskussion af indikation.

(6) Ved Nerveledning - EMG, Nerveledning/karpaltunnel el. Small fibre us. oplyses følgende:

- Er pt. i AK-behandling? Ja Nej
- Hvis ja, hvilken? _____

(7) Ved autonom udredning oplyses følgende:

- Generaliseret autonom dysfunktionel Ja Nej
- Synkope Ja Nej

(8) Ved EEG oplyses følgende:

1. Epilepsi	2. Andre differentialdiagnostiske spm.	3. Særlige pædiatriske indikationer
Klinisk mistanke om epilepsi/anfald <input type="checkbox"/>	PNES <input type="checkbox"/>	Genetiske sygdomme <input type="checkbox"/>
Genovervejelse af diagnosen epilepsi <input type="checkbox"/>	Bevidsthedstab <input type="checkbox"/>	Regression <input type="checkbox"/>
Epilepsi - klassifikation <input type="checkbox"/>	Encephalitis <input type="checkbox"/>	Udviklingsmæssige problemer <input type="checkbox"/>
Ændret epilepsiadfærdsmønster <input type="checkbox"/>	Bevidsthedspåvirkning <input type="checkbox"/>	4. Øvrige
Obs non-konvulsiv status epilepticus <input type="checkbox"/>	Encephalopati <input type="checkbox"/>	Kontrol EEG <input type="checkbox"/>
Monitorering af status epilepticus <input type="checkbox"/>	Demens <input type="checkbox"/>	Vurdering af prognosen <input type="checkbox"/>
Monitorering af anfaldshyppighed <input type="checkbox"/>	Cerebrovaskulær sygdom <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>
Monitorere effekt af antiepileptika <input type="checkbox"/>	Paroxystisk adfærdændring <input type="checkbox"/>	
Overvejer separation af antiepileptika <input type="checkbox"/>	Andre psykiske/adfærdsmæssig symp. <input type="checkbox"/>	
Epilepsikirurgisk vurdering <input type="checkbox"/>	Koma <input type="checkbox"/>	
Kørekort/pilotcertifikat <input type="checkbox"/>	Hjernedød <input type="checkbox"/>	

Andet (Angiv hvilken us.) _____

Særlige forhold vedr. infektion

Anamnese og objektive fund. Kopier forundersøgelse eller andet oplæg fra journalen ind her.

Hvilke(t) diagnostisk(e) spørgsmål ønskes besvaret?

Ved spørgsmål til skabelonen kontakt visitationen i Klinisk Neurofysiologisk Klinik på tlf. 3545 3067 / 3064