Region Gävleborg

Inremitterande

Remiss Endoskopi

Patient

Läkare:

Till endoskopienheten vid ☐ Gävle sjukhus ☐ Hudiksvalls sjukhus ☐ Bollnäs sjukhus ☐ Söderhamns sjukhus

Önskad undersökning

- ☐ Gastroskopi
- ☐ Sigmoideoskopi
- ☐ Koloskopi
- ☐ PEG (percutan endoskopisk gastrostomi). Se PM
- ☐ ERCP
- ☐ Annan undersökning/behandling: _____

Alarmsymtom

- ☐ Blödning
- ☐ Anemi
- ☐ Viktnedgång
- ☐ Dysfagi

F-Hb ☐ Pos ☐ Neg

Hb-värde:

☐ > 40 år nytillkomna symtom: _____

Vid cancermisstanke var god ange Standardiserat Vårdförlopp (max 2 rader)

1
2

Diagnos – frågeställning (max 3 rader)

1
2
3

Anamnes (max 9 rader)

1
2
3
4
5
6
7
8
9

Datum: Underskrift

Övriga obligatoriska uppgifter

Röntgen utförd: ☐ Ja ☐ Nej

Vilken undersökn?

Var / när?

Röntgen beställd? ☐ Ja ☐ Nej

Pågående behandl H2/protonpump ☐ Ja ☐ Nej

Antikoagulantia beh ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vad?

NSAID ☐ Ja ☐ Nej

Diabetes ☐ Ja ☐ Nej

☐ Insulin ☐ Tablett

Klaffopererad/endokardit ☐ Ja ☐ Nej

☐ Allergi Vad?

☐ Smittsam sjukdom Vad?

Ulcussjukdom tidigare ☐ Ja ☐ Nej

Tidigare edoskopiundersökning:

Var / när?

Test för helicopacter pylori: ☐ Pos ☐ Neg

Ifylls av endoskopienheten

Remissnummer:

Sektion	Endo/op	Prioritet		
Allmänt	Gastro	Inom	_____	veckor (0-8)
Ö G1	Kolo	Inom	_____	mån (3-12)
N G1	Sigmo Rekto ERCP			

Besök till dr: _____

Besök till KÖL MÖL ST SSK

Datum Sign