

Fetmaoperation – bilaga till remiss

För fetmaoperation gäller **BMI ≥ 40 kg/m²** eller BMI ≥ 35 och komplicerande sjukdom;
(diabetes typ II, sömnapné, hjärt/kärlsjukdom, funktionsnedsättande ledsjukdom).

Personnr:	Namn:		
Av inremitterande gjord mätning	Vikt: kg	Längd: cm	BMI
Tidigare seriöst försök att gå ned i vikt med koständring och motion	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Önskan om fetmaoperation	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
KBT (Kognitiv beteendeterapi)	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	HbA1c, mmol/mol
Diabetesbehandling	Enbart kost <input type="checkbox"/>	Tablett <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/>	Startår:
Rökare	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Slutat <input type="checkbox"/>
Tidigare operation i buken	Ja, typ:		Nej <input type="checkbox"/>
Behandlas för hypertoni	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Blodtryck, mmHg	Systoliskt	Diastoliskt	
Waran-behandling	Ja, varför?		Nej <input type="checkbox"/>
Senaste lipidstatus	LDL	HDL	Triglycerider
Obstruktiv sömnapné, ev CPAP-beh	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
KOL eller astma	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Koronar hjärtsjukdom	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Stroke	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Hjärtsvikt	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Lungemboli, venös trombos	Ja, vad?		Nej <input type="checkbox"/>
Gallstenssjukdom	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Kronisk psykisk sjukdom	Ja, vilken		Nej <input type="checkbox"/>
Allvarlig ätstörning/kräkningar	Ja <input type="checkbox"/>		Nej <input type="checkbox"/>
Missbruk	Ja, vilket		Nej <input type="checkbox"/>
Cancersjukdom senaste 5 åren	Om ja, vilken		Nej <input type="checkbox"/>
Medicinlista bifogas	Obligatoriskt!		

Datum:	Bilagan ifylld av (texta)
Inremitterande enhet:	

Remiss och bilaga skickas till: **Hallands sjukhus Varberg, Kirurgimottagningen,
Träslövsvägen, 432 81 VARBERG**