

## Fetmaoperation – bilaga till remiss

För fetmaoperation gäller **BMI ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>** eller BMI ≥ 35 och komplicerande sjukdom;  
(diabetes typ II, sömnapné, hjärt/kärlsjukdom, funktionsnedsättande ledsjukdom).

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

<b>Datum:</b>	<b>Bilagan ifylld av (texta)</b>
<b>Inremitterande enhet:</b>	

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