

## Remiss nationell högspecialiserad vård för ROP

Remitterande läkare		Patientens personnummer/reservnummer	
Remitterande enhet		Patientens namn	
Telefonnummer		Telefon vårdnadshavare	
Inneliggande?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej	Behov av tolk?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej
Om <b>JA</b> sjukhus/avdelning?		Om <b>JA</b> språk/dialekt?	
Telefon			

Kön	Aktuell postnatal ålder (vecka + dag)
Födelse ålder (vecka + dag)	Aktuell postmenstruell ålder (vecka + dag)
Födelsevikt (gram)	Aktuell vikt (gram)

Har vårdnadshavare fått information att kontakt är tagen med NHV enhet?  Ja |  Nej

Har patienten tidigare fått behandling för ROP?  Ja |  Nej |  Vet ej

Om **JA**, vilket datum? \_\_\_\_\_

Typ av behandling?  Laser |  Anti VEGF |  Vet ej

Syrgasbehov?  Ja |  Nej |  Vet ej

Om **JA**, andel i % alternativt l/min \_\_\_\_\_

Typ av andningsstöd? \_\_\_\_\_

Parental nutrition vid inremittering?  Ja |  Nej |  Vet ej

Smitta/Isolering?  Ja |  Nej |  Vet ej

Om **JA**, vilken typ? \_\_\_\_\_

Patientens namn:

Patientens personnummer/reservnummer:

HÖGER ÖGA							VÄNSTER ÖGA						
ROP stadium	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	ROP stadium	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Zon	<input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II Post		<input type="checkbox"/> III		Zon	<input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II Post		<input type="checkbox"/> III	
Notch?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Notch?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Om JA, i zon?	<input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II Post		<input type="checkbox"/> III		Om JA, i zon?	<input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II Post		<input type="checkbox"/> III	
Preplus?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Preplus?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Om JA, var?	<input type="checkbox"/> Nasalt <input type="checkbox"/> Temporalt <input type="checkbox"/> Cirkumferent						Om JA, var?	<input type="checkbox"/> Nasalt <input type="checkbox"/> Temporalt <input type="checkbox"/> Cirkumferent					
Plus	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Plus?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Om JA, var?	<input type="checkbox"/> Nasalt <input type="checkbox"/> Temporalt <input type="checkbox"/> Cirkumferent						Om JA, var?	<input type="checkbox"/> Nasalt <input type="checkbox"/> Temporalt <input type="checkbox"/> Cirkumferent					
Irisrubeos?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Irisrubeos?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Persisterande tunica vasculosa lentis?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Persisterande tunica vasculosa lentis?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Retinala blödningar?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Retinala blödningar?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Om JA, lokalisation/utseende							Om JA, lokalisation/utseende						
Glaskroppsblödning?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Glaskroppsblödning?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Om JA, lokalisation/utseende							Om JA, lokalisation/utseende						
Glaskroppsmembran?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej						Glaskroppsmembran?	<input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Vet ej					
Om JA, lokalisation/utseende							Om JA, lokalisation/utseende						

När ställdes diagnosen som föranledde kontakt med NHV enhet? \_\_\_\_\_

**Glöm inte att bifoga ögonbottenfoton från senaste undersökning!**