

Remissmall för onkologiteamet vid S:t Eriks Ögonsjukhus

Tumörsjukdomar är på S:t Eriks Ögonsjukhus uppdelade på olika två sektioner: onkologiteamet- respektive plastiksektionen.

Vid misstanke om tumör i konjunktiva, uvea eller retina ska patienten remitteras till onkologiteamet.

Vid misstanke om tumör i ögonlock, orbita eller tårvägar ska patienten remitteras till plastiksektionen och en specifik remiss för detta ska användas.

Remissen ska ifyllas, skrivas ut och skickas per post till:

S:t Eriks Ögonsjukhus
Ögononkologi
Box 4078
171 04 Solna

Remissinformation		
Remitterande enhet:	Datum:	
Adress:		
Postnummer:	Telefonnummer:	
Remitterande läkare:		
Specialistvårdsremiss finns	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Journalkopior bifogas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Misstänkt diagnos	
<i>Var god kryssa i frågeställning:</i>	
<input type="checkbox"/> CIN	<input type="checkbox"/> PAM
<input type="checkbox"/> Hemangiom	<input type="checkbox"/> Skivepitelcancer
<input type="checkbox"/> Konjunktivalt malignt melanom	<input type="checkbox"/> Uvealt malignt melanom
<input type="checkbox"/> Metastas	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad:

Utförd undersökning	
<i>Vänligen sätt ett kryss efter de undersökningarna ni utfört samt ange datum. Bifoga bilder tillsammans med remissen.</i>	
<input type="checkbox"/> UBM-bilder	Datum:
<input type="checkbox"/> MR/DT bilder	Datum:
<input type="checkbox"/> OCT bilder	Datum:
<input type="checkbox"/> Ultraljudsbilder (lever)	Datum:
<input type="checkbox"/> Ultraljudsbilder (öga)	Datum:
<input type="checkbox"/> Vävnadsprov/biopsi från lever	Datum:
<input type="checkbox"/> Ögonbottenbilder	Datum:
<input type="checkbox"/> Annan undersökning/prover	Datum:
<i>Om så, specificera undersökning och var den är utförd:</i>	

Status	
Allmäntillstånd (AT):	Blodtryck (mmHg):
Hjärta:	Lungor:

Patientinformation		
Namn:	Personnummer:	
Adress:	Postnr/ort:	
Mobilnummer:	Telefonnummer:	
Längd:	Vikt:	
Yrke/arbete:		
Närmaste närstående:		
Telefonnummer till närstående:		
Typ av boende:		
Vid behov av språktolk eller övrig tolk, ange språk eller behov:		
Fysisk eller psykisk funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Om ja, ange diagnos eller beskriv:</i>		
Finns behov av hjälpmedel ex. rullator, CPAP?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Om ja, ange vilken/vilka. Eventuella hjälpmedel ska tas med till sjukhuset:</i>		
Rökning:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Anamnes		
Tidigare cancersjukdom:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Finns förekomst av tidigare cancersjukdomar? Om ja, ange vilken/vilka:</i>		
Tidigare sjukdom:		
Tidigare operation:		
Hereditet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Finns förekomst av cancersjukdom hos förstegradssläkting? Om ja, ange typ av cancer:</i>		
Överkänslighet/allergi:		

Ögonanamnes (ange Höger/Vänster)		
Synskärpa:	Höger:	Vänster:
Ögontryck (mmHg):	Höger:	Vänster:
Ögonstatus:	Höger:	Vänster:

Aktuella läkemedel – läkemedelslista