

# Remissmall för patienter som har genomgått övervikts-/fetmabehandling och som är i behov av bukplastik eller liknande vävnadsreducerande kirurgi

Sänd remissen till den enhet inom landstinget som har uppdraget att bedöma patienter inför eventuell reduktion av hängbuk eller annat vävnadsöverskott.

Innan remissen sänds bör remittenten bedöma att det är sannolikt att patienten innefattas i de nationella kriterierna för när vävnadsreducerande operation görs.

**Patienten ska vara rökfri en månad före och en månad efter operationen.**

Vid vilken ålder debuterade övervikten/fetman?	år	Aktuell kroppslängd	cm
Hur hög har den maximala vikten varit	kg	Aktuell vikt	kg
Aktuellt BMI [(vikt i kg)/(kroppslängd i meter) <sup>2</sup> ]		Rökning (rökstopp 1 mån obligat. inför op.)	
Hur länge har viktstabilitet förelegat (min. 6 mån.)	mån	Antal genomgångna graviditeter (kvinnor)	
Framtida ideal målvikt (överenskommen med patienten)		Målvikt beräknas uppnådd när?	...../...../.....
BMI vid målvikt			

Typ av fetmabehandling		
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Farmakologisk behandling	<input type="checkbox"/> Diet- och livsstilsförändringar
Operationsmetod för viktreducerande kirurgi	( ) Gastric bypass ( ) Adj Gastric Banding ( ) Annan, anges.....	
Operationsdatum för viktreducerande kirurgi		

Subjektiva besvär

Objektiva fynd

Sociala faktorer (arbete, fritid, sjukskrivning etc.)

## Andra uppgifter om läkemedel eller sjukdomar (negera eller specificera)

Diabetes mellitus

Högt blodtryck

Hjärt-kärlsjukdom

Tidigare kirurgi

Ledsmärter

Sömnapné

Gastroesofageal- reflux

Behandlingskrävande depression

Bulimi eller annan ätstörning

*Foto av bålen framifrån och från sidan i upprätt läge endast med underkläder ska medfölja remissen (obligatoriskt)*

Aktuell medicinering .....

.....

.....

Övrigt .....