

## Orbitarondsremiss

Datum för remiss

### Inremitterande

Läkare

Telefon

Klinik/sjukhus

Spec.remiss finns?

Ja

Nej

Frågeställning

### Patient

Namn

Personnummer

Telefon

Tidigare sjukdomar (inkl. malignitet)

Antikoagulantia?

Ja

Nej

Om ja, vilken typ?

Allergi mot läkemedel

Tål lokalbedövning?

Ja

Nej

### Anamnes

Debut: Datum

Symtom

Värk?

Ja

Nej

Progression: Akut (d-v)

Intermediär (v-m)

Långsam (m-å)

Beskrivning

Fortsättning på nästa sida >

**Status** (ange HÖ/VÄ) Datum  Datum  Datum

Visus	/	/	/
IOP	/	/	/
RAPD	/	/	/
Färgmättnad	/	/	/
Hertel (bas_____)	/	/	/

Diplopi ..... Nej  Ja  \_\_\_\_\_

Ptos ..... Nej  Ja  \_\_\_\_\_

Anisokori ..... Nej  Ja  \_\_\_\_\_

Blickpares ..... Nej  Ja  \_\_\_\_\_

Bulbdislokation ..... Nej  Ja  \_\_\_\_\_

**Undersökningar** (Vänligen sätt ett kryss efter de undersökningar ni gjort samt ange datum)

CT   MR   Annat/synfält/lab

Sensorikpåverkan (asymmetri över trigeminala grenar)

Är bilder länkade (till Karolinska Universitetssjukhuset Solna)? Ja  Nej

Är bilder skickade (till S:t Erik)? Ja  Nej  Skicka bilder på usb.

Behöver patienten tolk? Ja  Nej  Ange språk: