

### Remiss för genetisk utredning av Familjär Hyperkolesterolemi

|                         |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
| Patient<br>förnamn:     | _____   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| Patient<br>efternamn:   | _____   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| Personnummer:           | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |   |  | - |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  | - |  |   |  |  |  |  |  |
| Remitterande<br>läkare: | _____   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| Klinik:                 | _____   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| Sjukhus:                | _____   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |
| Adress:                 | _____   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |  |  |  |  |  |

|   |  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Fråga 1:</b> MOR eller FAR med högt kolesterol   | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nej                  | <input type="checkbox"/> Vet ej |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| <b>Fråga 2:</b> SYSKON eller BARN med högt kolesterol   | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nej                  | <input type="checkbox"/> Vet ej |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| <b>Fråga 3:</b> MOR, FAR eller SYSKON med tidig kardiovaskulär sjukdom (kvinnor <60år, män <55år)   | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nej                  | <input type="checkbox"/> Vet ej |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Besvaras frågorna ovan med Nej: Mycket osannolikt att patienten lider av FH. Besvaras frågorna ovan med Vet ej: Ange skäl t ex adopterad patient i Övrig information angående patient. Besvaras någon av frågorna ovan med Ja: Fortsätt med beställningen.    |  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Övrig information angående patient:   | _____                                  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| <b>Fråga 4:</b> Förekomst av tidig kardiovaskulär sjukdom enligt ovan angivna kriterier   | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nej                  | <input type="checkbox"/> Vet ej |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| <b>Fråga 5:</b> Triglycerider vid ett eller flera provtagningstillfällen > 2,0<br>Om "Ja": Mer sannolikt att patient lider av kombinerad hyperkolesterolemi och bör därför INTE remitteras för genetisk utredning.  | <input type="checkbox"/> Ja            | <input type="checkbox"/> Nej                  | <input type="checkbox"/> Vet ej |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| <b>Fråga 6:</b> LDL-kolesterol FÖRE behandling (OBS! Om okänt fyll i NA)  | _____ mmol/l                           |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| <b>Fråga 7:</b> DLCN (Dutch Lipid Clinic Network) poäng<br><br>Vår rekommendation är att endast låta genetiskt utreda patienter som uppfyller de kliniska kriterierna för FH (DLCN 4 p el högre om proband <45 år och DLCN 6 p el högre för probander >45 år) | <input type="checkbox"/> 1             | <input type="checkbox"/> 2                    | <input type="checkbox"/> 3      | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> >9 | <input type="checkbox"/> Vet ej |
| Önskad analys   | <input type="checkbox"/> FH diagnostik | <input type="checkbox"/> Anlagbärardiagnostik |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Övrig information angående önskad analys:   | _____                                  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Information angående anlagbärardiagnostik   |  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Proband/Indexpatient (Personnummer)   | _____                                  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Proband/Indexpatient (Namn)   | _____                                  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Mutation hos proband (HGVS namn)  | _____                                  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |
| Frågor kring ifyllande av remissen vg kontakta: Peter Benedek (Peter.Benedek@ki.se)   |  |   |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                                 |

|  |       |
|--|-------|
| Provsvar skickas till remitterande läkare. Om provsvar ska gå till en annan läkare ange namn och adress:                               | _____ |
| Fakturaadress (anges i början av samarbetet):  | _____ |
| Er kontaktinformation om vi har frågor gällande denna remiss:  | _____ |
| För provtagning se Karolinska Universitetssjukhusets provtagningsanvisningar för Familjär Hyperkolesterolemi (FH), Genetisk utredning. |       |