

HENVISNINGSSKJEMA SYKELIG OVERVEKT	Pasientdata
	Fødselsnummer (11 siffer)
	Navn
	Adresse
	Pasientens telefonnummer

Sosialt

Barn Antall barn: Alder på yngste hjemmeboende barn:

Sivilstand Enslig , Gift, partner, samboende , Skilt , Enke/-mann

Arbeid Yrke: Sykmeldt , Uføretrygdet , Arb.ledig
 Hvis sykmeldt eller uføretrygdet:
 Angi årsak og hvor lenge

Sykdommer	Ja	Nei	Vet ikke	Kostreg.	Tabl.reg.	Insulinreg.
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertensjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hyperkolesterolemi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hjertesykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Søvnapné.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
KOLS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Polycystisk ovariesyndrom..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Muskel/skjelett sykdom....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Symptomgivende gallesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Psykiatrisk lidelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		
Spiseforstyrrelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ spesifiser:		

Prøver

Betegnelse	Svar	Betegnelse	Svar
B- Hb g/l		S-SHBG	
S-CRP høysensitiv+		S-FSH	
B-leukocytter 109/L		S-Prolaktin	
B-trombocytter 109/L		S-albumin g/L	
S-Na mmol/L		S-Sink mmol/L	
S-K mmol/		S-Total kolesterol mmol/L	
S-Kreatinin µmol/L		S-.HDL-kolesterol mmol/L	
S Kalsium mmol/L		S-LDL-kolesterol mmol/	
S-TSH mIE/		S-Triglyserider mmol/	
S-ASAT U/L		S- Cortisol (spytprøve kl 2300)	
S-ALAT U/L		B-Hb A1c (ved kjent diabetes)	
S-GT U/L		U-albumin/kreatininratio mg/mmol	
S-ALP U/L		Oral glukosetoleransetest (ved ikke kjent diabetes)	
S-Bilirubin µmol/L		Fastende P-glukose mmol/L:	
S-Ferritin µg/L		2 timer P-glukose mmol/L	
S-jern µmol/L		S-PTH tas i sykehus	
TI BC µmol/LS-		25-OH vitamin D	
S-Testosteron			

Annet

Høyde: _____ cm Røyker pasienten? Ja Nei

Faste medisiner

medikament	dosering)

Vekt i dag: _____ kg Tidligere behandlet for overvekt?
Spesifiser metode, tidspunkt, resultat:

Tidligere maks vekt: _____ kg

KMI i dag: _____ kg/m² Tidligere kirurgi i thorax eller abdomen?
Spesifiser inngrep:

Livomkrets: _____ cm Blodtrykk: _____ mmHg Puls: _____

Overveksdebut: Barndom Pubertet Voksen alder

Fedme/diabetes/hypertoni/hjertekarsykdom (med debut før 60 år) hos førstegradsslektning?
Spesifiser:

Rusmisbruk: Foreligger mistanke om/opplysninger om rusmisbruk? Ja Nei Usikkert

Anamnese Faktorer av betydning for behandlingen av overvekt

Stikkord:	
Antatt årsak	
Kostvaner	
Aktivitetsnivå	
Vektutvikling	
Spiseforstyrrelse	
Medikamentbruk som øker vekten	
Motivasjon for behandling	