

Operation mot fetma - Egenremiss

Kirurgisk behandling av fetma är ett omfattande ingrepp. Informationen i denna remiss utgör ett stöd för dig som patient och för den mottagning som ska ta ställning till eventuell kirurgisk behandling.

De ingrepp som idag är aktuella i Sverige är Gastric Bypass och Gastric Sleeve. Det krävs noggranna förberedelser och ett omsorgsfullt urval av patienter för ett lyckat behandlingsresultat. Parallellt med operation krävs det även en omfattande livsstilsförändring livet ut. Vidare behövs ett dagligt intag av vitamintabletter och regelbundna efterkontroller hos sjuksköterska, läkare eller dietist för fortsatt välmående.

På mottagningen görs bedömningen om kirurgi är en lämplig behandlingsform för din fetma. Vid beslut om operation hjälper vi dig med förberedelser inför ingreppet.

För att vara aktuell för bedömning avseende fetmaoperation gäller i Region Skåne följande kriterier:

1. Du ska vara mellan 18 och 65 år.
2. Ditt BMI ska vara minst 40. Har du en följsjukdom till din fetma som kräver behandling är nedre gräns BMI 35.
3. Du får inte ha ett pågående alkohol- eller drogberoende.
4. Har du tidigare haft en cancersjukdom görs en individuell bedömning.
5. Vid svår psykisk sjukdom är operation ofta olämpligt.

Alla efterfrågade uppgifter är viktiga för att göra en korrekt bedömning.

Välkommen med din remiss
Teamet på GB Obesitas



QR-kod till GB Obesitas hemsida www.gbobesitas.com
som innehåller både utbildningsmaterial och information

Adress: GB Obesitas Skåne
Östra varvsgatan 4
21175 Malmö

Telefon: (+46) 070-6024056 **Organisationsnummer:** 559178-1728
Mejladress: patient@gbobesitas.com

Operation mot fetma - Egenremiss

Namn		Personnummer		Telefon nr.			
Adress		Postnr/Stad					
Övervikt sedan ålder:	Längd:	Vikt idag:	Maxvikt:				
Midjeomfång:	Rökning:	Snusning:	Alkoholkonsumtion/vecka:				
Ange här tidigare metoder för viktnedgång			E-post				
			Har/ har du haft:				
			Diabetes typ I Ja Nej	Debutår:	Hjärtinfarkt Ja Nej	När?	
			Diabetes typ II Ja Nej	Debutår:	Behandling	Blodpropp Ja Nej	När?
			Sömnapné Ja Nej	Debutår:	Behandling CPAP/Bettskena	Kärlkramp Ja Nej	Hur länge?
Högt blodtryck Ja Nej	Debutår:						
Är du helt frisk eller vilka andra sjukdomar har du?							
Är du tidigare opererad, för vad och när?							
Har du någon psykiatrisk sjukdom?							
Har du några smittsamma sjukdomar?							
Är du allergisk mot något, vad?							
Tar du några mediciner eller naturläkemedel, vilka?							
Vilken vårdcentral tillhör du?							
Namn: Datum: Underskrift:		Mottagningens egna anteckningar					