

# 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 10 <sup>9</sup> /L		S-Prolaktin	
B-trombocytter 10 <sup>9</sup> /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 A <sub>1c</sub> (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 $\mu\text{mol/L}$		S-PTH tas i sykehus	
TI BC $\mu\text{mol/LS-}$		25-OH vitamin D	
S-Testosteron			

**Annet**

Høyde: \_\_\_\_\_ cm Røyker pasienten? Ja  Nei

Vekt i dag: \_\_\_\_\_ kg Tidligere behandlet for overvekt? Ja  Nei   
*Spesifisér metode, tidspunkt, resultat:*

Tidligere maks vekt: \_\_\_\_\_ kg

KMI i dag: \_\_\_\_\_  $\text{kg/m}^2$  Tidligere kirurgi i thorax eller abdomen? Ja  Nei   
*Spesifisér inngrep:*

Livomkrets: \_\_\_\_\_ cm Blodtrykk: \_\_\_\_\_ mmHg Puls: \_\_\_\_\_

Overvektsdebut: Barndom  Pubertet  Voksen alder

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

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

**Anamnese** *Faktorer av betydning for behandlingen av overvekt*

<i>Stikkord:</i>	
<i>Antatt årsak</i>	
<i>Kostvaner</i>	
<i>Aktivitetsnivå</i>	
<i>Vektutvikling</i>	
<i>Spiseforstyrrelse</i>	
<i>Medikamentbruk som øker vekten</i>	
<i>Motivasjon for behandling</i>	

**Faste medisiner**

<i>medikament</i>	<i>dosering)</i>