

**Egenvårdsremiss ärftligt höga blodfetter  
(Familjär hyperkolesterolemi FH)**

**Ditt namn:** \_\_\_\_\_

**Personnummer:** \_\_\_\_\_

**Mor eller far med högt kolesterol**  JA  NEJ  OKÄNT

**Syskon eller barn med högt kolesterol**  JA  NEJ  OKÄNT

**Mor, far eller syskon med tidigt insjuknande i sjukdom i hjärta eller kärl såsom hjärtinfarkt eller stroke.**

Tidigt motsvarar hos kvinnor före 60 års ålder och hos män före 55 års ålder.  JA  NEJ  OKÄNT

**Har du insjuknat tidigt i sjukdom i hjärta eller kärl**

JA  NEJ  OKÄNT

Vad har du för LDL-kolesterol nu: \_\_\_\_\_

Vad hade du för LDL-kolesterol innan du började med medicinera mot höga blodfetter: \_\_\_\_\_

Vad har du för värde på dina triglycerider: \_\_\_\_\_

**Har du själv noterat något av nedanstående?**



JA  NEJ  OKÄNT



JA     NEJ     OKÄNT

### **Utbuktningar eller knölar på knän, hälsenor eller fingrar**

JA     NEJ     OKÄNT

Utredningen av ärftligt höga blodfetter ingår inte i vårdgarantin men vi kommer att återkoppla till dig så snart vi hinner för att informera dig om vi tror att du kan ha den genetiskt ärftliga sjukdomen.

I väntan på utredning är det viktigt att din ordinarie läkare behandlar dina blodfetter och att du själv tänker på vilka livsstilsfaktorer du kan förbättra. Här avses kost, motion, alkohol, rökning och vid behov viktnedgång.

Skicka din remiss direkt via 1177 eller skicka den till [FH-mottagningen@rvn.se](mailto:FH-mottagningen@rvn.se)

Eller via post till:

Hjärtmottagningen  
FH mottagningen  
Lasarettsvägen 21  
851 86 Sundsvall