Rehabilitering extern - remiss

Extern rehabilitering är ett komplement till Region Hallands ordinarie verksamheter vilka ska prövas i första hand. Extern rehabilitering ska ingå som ett led i patientens rehabiliterings­plan. **Remiss skrivs i samråd med paramedicinsk personal, alternativt bifogas utlåtande från behandlande personal.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Remiss skickas till:** Rehabhandläggare, Hälsa- och funktionsstöd, Kommunikationscentrum, 301 85 Halmstad | Sverige [ ]  |
| Utomlands[ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Remitterande enhet:      Adress      Postadress      Telefon      Remitterande läkare        | Personnummer      Namn      Adress      Postadress      Telefon      Mobil       |
| Diagnos + ICD 10:      |
| Sjukhistoria:      |
| Ange tydlig målsättning i form av konkreta aktivitetsmål:       |
| Ange vilka rehabiliteringsinsatser som har prövats samt resultatet av dessa (sjukgymnastik, arbetsterapi mm):       |
| Vilken uppföljning planeras efter genomfört rehabiliteringsprogram?      |
| Tidigare rehabilitering: Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja, vilket år?       Anläggning:        |
| Indikation för sammanhängande intensiv rehabiliteringsperiod: tungt vägande [ ]  rimlig [ ]  tveksam [ ]  |
| Personnummer       | Namn       |
| Kroppens funktionstillstånd |
| Avföringsinkontinens | Ja [ ]  Nej [ ]        |
| Problem med urin­funktion. | Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja, vad?      |
| Hjärtsjukdom | Ja [ ]  Nej [ ]        |
| Infektionskänslig  | Ja [ ]  Nej [ ]        |
| Lungsjukdom | Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja, specificera:            |
| Hörselproblem | Ja [ ]  Nej [ ]        |
| Grava synproblem | Ja [ ]  Nej [ ]        |
| Grava tal/ svälj­svårigheter | Ja [ ]  Nej [ ]  Behov av logoped Ja [ ]  Nej [ ]  |
| PEG | Ja [ ]  Nej [ ]  |
| Trycksår | Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja, var       |
| Smittsam sjukdom | Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja, ange vilken       |
| Överkänsligh./Allergi | Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja, ange vad       |
| Vikt:       Längd:  |  Rökare: Ja [ ]  Nej [ ]  |  |
| **Psykiska**  |  |  |
| Kognitiva problem | Ja [ ]   |  |
| Depression | Ja [ ]   |  |
| Extrem trötthet | Ja [ ]   |  |
| Initiativlöshet  | Ja [ ]   |  |
| Missbruksproblem? Ja [ ]  Nej [ ]  Om ja: [ ] Läkemedel [ ] Alkohol [ ] Droger |
| **Rörelsehinder**  | Inga |  Lätta | Måttliga |  Uttalade | Spasticitet | Ataxi |
| Höger arm | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Vänster arm | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Höger ben | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Vänster ben | [ ]  | [ ]  | [ ]  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hur långt bedöms den sökande kunna förflytta sig på egen hand?Antal meter:       Inte alls [ ]  |
| Behöver den sökande använda sig av hjälpmedel vid förflyttning? aldrig[ ]  ibland [ ]  alltid[ ] I så fall, vilket, vilka? käpp [ ]  rollator [ ]  rullstol [ ]  elrullstol [ ] Annat:       |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Personnummer       | Namn       |
| **Ledstatus** | Tryckömhet | Rörelsesmärta | Ledsvullnad | Kontrakturer | Ev ledprotes |
| **Gäller endast reumapatienter** |  |  |  |
|  | Ja  | Nej | Ja  | Nej | Ja  | Nej | Ja  | Nej | Ja  | Nej |
| Nacke | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Axlar | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Armbåge | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Handleder | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fingerleder | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Ryggleder | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Höfter | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Knäleder | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fotleder | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tåleder | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Reuma-kirurgiska operationer Ja [ ]  | Nej[ ]  | Om ja, ange vad:  |
| Känd halsryggsinstabilitet Ja [ ]  | Nej[ ]  | Restriktioner: |

|  |
| --- |
| Aktivitet och delaktighet |
| Medverkar aktivt | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| Klarar flygresa | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| Tål värme | Ja [ ]  | Nej [ ]  |
| Socialt |
| Sjuk-/aktivitetsersättning | Ja [ ]  |       % |
| Yrkesaktiv | Ja [ ]  |       % |
| Sjukskriven | Ja [ ]  |       %  |

|  |
| --- |
| **Övrigt:**       |

|  |
| --- |
| Remiss skriven genom Personligt besök [ ]  Personlig kännedom [ ]  Telefonkontakt [ ]   Patientens initiativ [ ]  Läkarens / paramedicin.personals initiativ [ ]   |
| Datum       |
| Underskrift av läkare | Underskrift av paramedicinsk personal |
| Namnförtydligande | Namnförtydligande |

**Beslut**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum      | Beviljas[ ]  | Avslag[ ]  |
| Beviljad anläggning eller motivering vid avslag:       |
| Underskrift av uttagningsläkare |
| Namnförtydligande      |

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående versionGenomgående uppdaterad. |