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 version  Genomgående uppdaterad. |