

Henvisning til rehabiliteringsophold for myelomatosepatienter på REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation

REHPA

Videncenter for
Rehabilitering og Palliation

Henvisningskriterier

Patienten skal have diagnosen myelomatose.

Patienten skal have et rehabiliteringsbehov på grund af gener som følge af sygdom og/eller behandling.

Patienten skal kunne deltage aktivt i rehabiliteringsophold tilpasset målgruppen, som omfatter oplæg i plenum, gruppediskussioner, fysisk aktivitet og individuel vejledning.

Patienten skal være indforstået med at bidrage til REHPA's erfaringsopsamling.

Patienten skal kunne tale og forstå dansk.

Patienten skal være selvhjulpne.

REHPA er røgfrit område

Ansøger

Cpr-nr. _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr. _____ By _____

Kommune _____ Region _____

Tlf. _____

E-mail _____

Fremtidig korrespondance vil foregå pr. e-mail og digital post

Sæt kryds her, hvis du ikke har mulighed for at bruge e-mail _____ eller digital post _____

Bor du alene Ja: _____ Nej: _____

Civilstand Enlig/single: _____ Fast partner: _____ Gift: _____ Samboende: _____

Har du børn under 18 år? Ja: _____ Nej: _____

Speciel kost Ja: _____ Nej: _____ Angiv hvilken: _____

Kan du gå omkring uden hjælpemidler? Ja: _____ Nej: _____

Gangfunktion Bruger du stok: _____ eller rollator: _____ eller kørestol: _____

Egen læge

Navn _____

Adresse _____ Tlf. _____

Postnr. _____ By _____

Behandler afdeling

Navn _____

Hospital _____

Forløbene afholdes i uge 8 og 16 i 2018.

Sæt kryds ud for den eller de uger, du kan deltage: Uge 8 _____ Uge 16 _____

Hvis det er muligt, ønsker du så deltagelse af en af dine pårørende? Ja: _____ Nej: _____

Lægelige oplysninger

Udfyldes af lægen sammen med patienten.

Diagnosetidspunkt Måned: _____ År: _____

Komorbiditet:

| | | |
|---------------------------------------|----|-----|
| Blodprop i hjertet | Ja | Nej |
| Hjertesvigt | Ja | Nej |
| Perifer vaskulær sygdom | Ja | Nej |
| Cerebro vaskulær sygdom | Ja | Nej |
| Demens | Ja | Nej |
| Kronisk obstruktiv lungesygdom | Ja | Nej |
| Bindevævssygdom | Ja | Nej |
| Mavesår | Ja | Nej |
| Mild leversygdom | Ja | Nej |
| Moderat/svær leversygdom | Ja | Nej |
| Diabetes mellitus uden komplikationer | Ja | Nej |
| Diabetes mellitus med komplikationer | Ja | Nej |
| Hemiplegi | Ja | Nej |
| Moderat/svær nyresygdom | Ja | Nej |
| Solid kræfttumor uden spredning | Ja | Nej |
| Solid kræfttumor med spredning | Ja | Nej |
| Leukæmi | Ja | Nej |
| Lymfom | Ja | Nej |
| AIDS | Ja | Nej |

Nuværende sygdomsstatus (på henvisningstidspunktet):

1) Patient med remission af myelomatose efter 1. behandlingslinje.

2) Patient med relaps, der enten er i remission efter en relaps-behandling, eller er i fortsat anti-myelom behandling, som lægefagligt vurderet ikke hindrer patientens deltagelse i et rehabiliteringsforløb tilpasset myelomatosepatienter.

Tidligere anti-myelom behandling i alt: Behandlingsregimer (inkl. evt. pågående regime):

1 2-3 >4

Angiv hvilke typer anti-myelom behandling, patienten tidligere har modtaget (inkl. evt. pågående regime).

Knoglemarvstransplantation Bortezomib-holdigt regime
 Lenalidomid-holdigt regime Thalidomid-holdigt regime

Grad af knoglesygdom. (Nytilkomne/uforklarlige smerter forventes at være udredt inden knogleskemaet udfyldes)

Vurderet ud fra seneste udførte billeddiagnostik.

Vurderingen er foretaget på baggrund af: røntgen Dato: _____
 CT Dato: _____

Har patienten knoglepåvirkning?

Nej Ja Hvis ja, udfyldes resten af skemaet.

| Site | | Pain Hvis ja, hvilken grad | | Osteolyse Hvis ja, hvilken størrelse | |
|-------|---------|---|--|---|--|
| Femur | Højre | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> < 1/3 <input type="checkbox"/> 1/3 – 2/3 <input type="checkbox"/> >2/3 <input type="checkbox"/> Cortical udtynding <input type="checkbox"/> Fraktur |
| | Venstre | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> < 1/3 <input type="checkbox"/> 1/3 – 2/3 <input type="checkbox"/> >2/3 <input type="checkbox"/> Cortical udtynding <input type="checkbox"/> Fraktur |

| Site | | Pain Hvis ja, hvilken grad | | Osteolyse Hvis ja, hvilken størrelse | |
|----------------------------------|---------|---|--|---|--|
| Humerus | Højre | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> < 1/3 <input type="checkbox"/> 1/3 – 2/3 <input type="checkbox"/> >2/3 <input type="checkbox"/> Cortical udtynding <input type="checkbox"/> Fraktur |
| | Venstre | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> < 1/3 <input type="checkbox"/> 1/3 – 2/3 <input type="checkbox"/> >2/3 <input type="checkbox"/> Cortical udtynding <input type="checkbox"/> Fraktur |
| Pelvis | | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Små, usikre osteolyser <input type="checkbox"/> >2 cm osteolyser i acetabulum loftet <input type="checkbox"/> >1/3 i rami <input type="checkbox"/> Fraktur |
| Thoracal columna og/eller costae | | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Mistanke om nylig sammenfald (<6 uger) <input type="checkbox"/> Vertebrale osteolyser <input type="checkbox"/> Costafaktur <input type="checkbox"/> Sternumfraktur |
| Lumbal columna | | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Milde <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Funktionelle | <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Mistanke om nylig sammenfald (<6 uger) <input type="checkbox"/> Sammenfald ukendt alder <input type="checkbox"/> Osteolyser |

Hvad er rehabiliteringsbehovet?
(Skal udfyldes)

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge
Underskrift

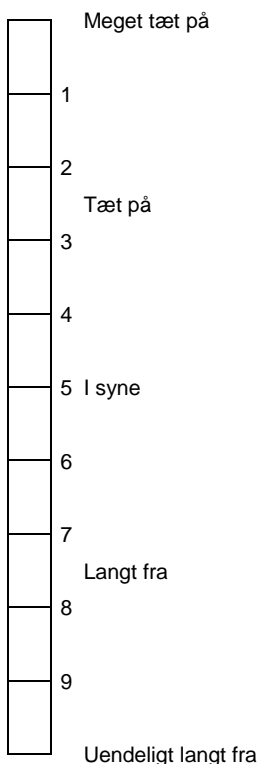
Stempel

1. Sæt kryds på målestokken

Hvor tæt er du på – eller hvor langt er du fra – at leve det liv, du vil og kan efter eller med din kræftsygdom?

MÅL

Mål nået



Ingen mål / ved ikke

2. Hvis du kender nogle af de problemer, der forhindrer dig i at nå dine mål, så angiv hvilke områder der er tale om.

Sæt så mange krydser som nødvendigt.

Praktiske problemer

- Bolig
- Kost
- Pension
- Fritid
- Transport
- Børnepasning
- Offentlige myndigheder
- Økonomi
- Andre praktiske problemer

Har du brug for hjælp?

Arbejds- / skoleproblemer

- Arbejdsopgaver
- Arbejdstid
- Arbejdsomfang
- Ledelse
- Kolleger
- Egne forventninger
- Andre arbejds-/skoleproblemer

Har du brug for hjælp?

Familieproblemer

- Samlever
- Børn
- Andre familieproblemer

Har du brug for hjælp?

Psykiske problemer

- Bekymret
- Bedrøvet
- Uden håb
- Alene / ensom med problemerne
- Deprimeret
- Nervøs
- Stresset
- Angst
- Andre følelsesmæssige problemer

Har du brug for hjælp?

Fysiske problemer

- Kvalme
- Hovedpine
- Svimmelhed / balance
- Træthed
- Søvn
- Hukommelse / koncentration
- Nedsat bevægelighed
- Nedsat muskelkraft
- Muskel- eller ledsmerter
- Vægttab
- Vægtøgning
- Tænder
- Spise / drikke
- Forstoppelse / diaré
- Problemer med arvæv
- Problemer med syn / hørelse
- Problemer med hjertet
- Problemer med vejtrækning
- Problemer med vandladning
- Problemer med huden
- Problemer med håret
- Stikken & prikken i fingre / tæer
- Hævede arme / ben
- Lymfødem
- Feber
- Hedeture
- Tørre slimhinder
- Seksuelle problemer
- Nedsat sexlyst
- Andre fysiske problemer

Har du brug for hjælp?

Åndelige / religiøse bekymringer

- I forhold til Gud
- I forhold til tro
- I forhold til moral
- I forhold til skyld
- I forhold til eksistens
- Andre bekymringer

Har du brug for hjælp?

Oplysninger om hvordan du har det fysisk og psykisk

Ansøger

Hvad vil du gerne have ud af opholdet?
(Skal udfyldes)

Jeg giver tilladelse til, at de oplysninger, der nævnes i henvisningen, fremsendes til REHPA, og jeg er indforstået med at bidrage med oplysninger om mine behov og erfaringer i forbindelse med centrets forskningsaktiviteter.

Dato _____ Underskrift _____

Send henvisningen til:
OUH Sygehusenheden i Nyborg
Att. REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17, 5800 Nyborg,
Eller scan og mail til rehpa.ophold@rsyd.dk
Ved spørgsmål kan vi kontaktes på telefon 3057 1059.