

Henvisning til rehabiliteringsophold for hjerneturmorpatienter grad III og IV på REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Henvisningskriterier

Patienten har en hjerneturmor grad III og IV.

Patienten har brug for hjælp til at finde fodfæste i livet med sygdom og behandling. Problemerne kan være fx fysiske, psykiske, sociale, arbejdsmæssige eller eksistentielle.

Patienten kan og vil deltage aktivt i forløbet samt opfølgingsdage, hvilket omfatter oplæg i plenum, gruppesamtaler, fysisk aktivitet og individuel vejledning med det formål at fremme egen livskvalitet.

Er patienten i et behandlingsforløb målrettet kræftsygdommen, skal det i samråd med patienten vurderes, om behandlingen hindrer deltagelse i REHPA-forløbets aktiviteter. Evt. behandling er således ikke en absolut forhindring for deltagelse.

Patienten kan og vil bidrage til REHPA's forskning via spørgeskemaer, interview mv.

Patienten skal kunne tale og forstå dansk.

Patienten skal være selvhjulpnen (dog gerne med let hjælp fra pårørende). Dette er vigtigt, da REHPA ikke har mulighed for at yde pleje og behandling.

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 Angiv hvilken:

Gangfunktion Kan du gå omkring uden hjælpemidler? Ja Nej

Bruger du stok eller rollator eller kørestol

Egen læge

Navn

Adresse

Tlf.

Postnr.

By

Behandelnde afdeling

Navn

Hospital

Foretrukne uger hvor du ønsker at deltage: Uge 12 _____ eller uge 24 _____

Lægelige oplysninger

Udfyldes af lægen, men forudsættes bekendt af patienten.

Kræftdiagnose/grad _____

Tumors placering _____

Diagnosetidspunkt Måned: _____ År: _____

Andre diagnoser

Behandling

Operation

Kemoterapi

Stråle-
behandling

Andet

Begyndt dato

Afsluttet dato

Nuværende
sygdomsstatus

Hvad er
rehabiliterings-
behovet?
(Skal udfyldes)

OBS:

Har patienten
problemstillinger,
som kan gøre det
vanskeligt at indgå i
det gruppebaserede
tilbud jf. henvis-
ningskriterierne?

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Stempel

Læge
Underskrift

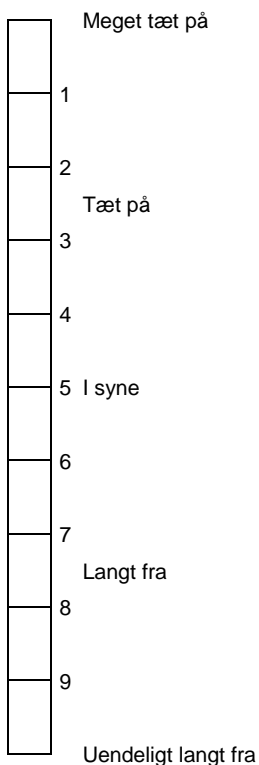
REHABILITERINGSMÅLING: Er du på vej?

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 / diarré
- 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?

Supplerende spørgsmål: Har du problemer i forhold til:

- Koncentration
- Opmærksomhed
- Hukommelse og indlæring
- At løse opgaver/problemer
- At overholde aftaler og tidspunkter
- At orientere dig/finde vej
- At kunne forstå
- At kunne udtrykke dig sprogligt
- At læse
- At skrive
- Epilepsi
- Lydoverfølsomhed
- At være sammen med flere mennesker ad gangen over tid
- Ændret adfærd
- Andet: _____

OPLYSNINGER OM HVORDAN DU HAR DET FYSISK OG PSYKISK

Ansøger	Sæt kryds:
Kan du klare at gå udendørs i ½ til 1 time?	
Gør det ikke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Hvis ja:	
Bliver du træt?	<input type="checkbox"/>
Skal du have hjælp?	<input type="checkbox"/>
Kan du gå på trapper til 2. sal?	
Gør det ikke	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Hvis ja:	
Bliver du træt?	<input type="checkbox"/>
Skal du have hjælp?	<input type="checkbox"/>
Jeg gør mig bekymringer:	
En stor del af tiden	<input type="checkbox"/>
Meget af tiden	<input type="checkbox"/>
Engang imellem, men ikke så tit	<input type="checkbox"/>
Kun lejlighedsvis	<input type="checkbox"/>
Jeg kan sidde roligt og føle mig afslappet:	
Helt bestemt	<input type="checkbox"/>
Som regel	<input type="checkbox"/>
Ikke særlig tit	<input type="checkbox"/>
Slet ikke	<input type="checkbox"/>
Jeg glæder mig til ting, som skal ske:	
Lige så meget som før	<input type="checkbox"/>
Noget mindre, end jeg plejer	<input type="checkbox"/>
Helt klart mindre end tidligere	<input type="checkbox"/>
Næsten ikke	<input type="checkbox"/>
Jeg kan nyde en god bog eller et radio-/tv-program:	
Oft	<input type="checkbox"/>
Nogen gange	<input type="checkbox"/>
Ikke særlig tit	<input type="checkbox"/>
Meget sjældent	<input type="checkbox"/>

Ansøger	
Har du deltaget i Krop og Kræft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
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 _____

Pårørende

Navn _____

Relation _____

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**

Evt. sygdom

eller

begrænsning _____

Speciel kost Angiv hvilken: _____

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:

REHPA Videncenter for Rehabilitering og Palliation

OUH Sygehusenheden i Nyborg

Vestergade 17, 5800 Nyborg

Telefon 3057 1059, mailadresse: rehpa.ophold@rsyd.dk