

# Henvisning til rehabiliteringsophold for myelomatosepatienter på 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 \_\_\_\_\_

## Behandlende afdeling

Navn \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Forløbene afholdes i uge 34 og 38 i 2018.

Sæt kryds ud for den eller de uger, du kan deltage: Uge 34 \_\_\_\_\_ Uge 38 \_\_\_\_\_

## 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

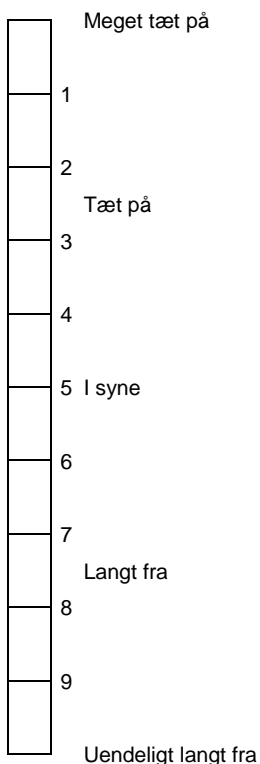
*Stempel*

## 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:  
REHPA – Videncenter for Rehabilitering og Palliation  
Vestergade 17, 5800 Nyborg,  
Eller scan og mail til [rehpa.ophold@rsyd.dk](mailto:rehpa.ophold@rsyd.dk)  
Ved spørgsmål kan vi kontaktes på telefon 3057 1059.