

## Henvisningsskema til rehabiliteringsophold på REHPA for patienter, der har overlevet et hjertestop

### Henvisningskriterier

Patienten har haft hjertestop.

Patienten skal have et rehabiliteringsbehov på grund af gener som følge af hjertestoppet og tilhørende 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 og forskning.

Patienten skal kunne tale og forstå dansk.

Patienten skal være selvhjulpne.

*Dette skema findes for nuværende kun i papirform. På sigt kan lægehenvielse sendes elektronisk.*

REHPA er røgfrit område

### Ansøger

Cpr-nr. \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Kommune \_\_\_\_\_ Region \_\_\_\_\_

Tlf. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Fremtidig korrespondance vil foregå med digital post eller på e-mail

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  Nej  Ja Angiv hvilken: \_\_\_\_\_

Gangfunktion Kan du gå omkring uden hjælpemidler?  Ja  Nej

### Egen læge

Navn \_\_\_\_\_

Tlf. \_\_\_\_\_

### Behandlende afdeling

Navn \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Hvilken uge ønsker du at deltage i?  Uge 43, 21.-25. okt. 2019  Uge 45, 4.-8. nov. 2019

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

Pårørendes navn \_\_\_\_\_

Relation \_\_\_\_\_

## Lægelige oplysninger

Udfyldes af lægen, men forudsættes bekendt af patienten. Udfyldes med blokbogstaver.

Dato for hjertestop:

--	--	--	--	--

Årsag for hjertestop:

IHD <input type="checkbox"/>	Arytmi <input type="checkbox"/>	Kardiomyopati <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	Ukendt <input type="checkbox"/>
---------------------------------	------------------------------------	---	-----------------------------------	------------------------------------

Bevidnet hjertestop

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
--------------------------------	---------------------------------	--	--	--

Tid til ROSC (min.)

--	--	--	--

Sted for hjertestop:

Hjemmet <input type="checkbox"/>	Offentligt rum <input type="checkbox"/>	Sygehus <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	_____
-------------------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------------------	-------

MOCA

Dato:	Score:	Ukendt <input type="checkbox"/>		
-------	--------	------------------------------------	--	--

Behandling

ICD <input type="checkbox"/>	PCI <input type="checkbox"/>	CABG <input type="checkbox"/>	Anden operation <input type="checkbox"/>	Angiv:
Dato:	Dato:	Dato:	Dato:	

Andre hjertesygdomme

--	--	--	--	--

Andre sygdomme

--	--	--	--	--

Hvad er rehabiliterings-  
behovet?

*(Skal udfyldes)*

--	--	--	--	--

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge

Underskrift

		<i>Stempel</i>
--	--	----------------

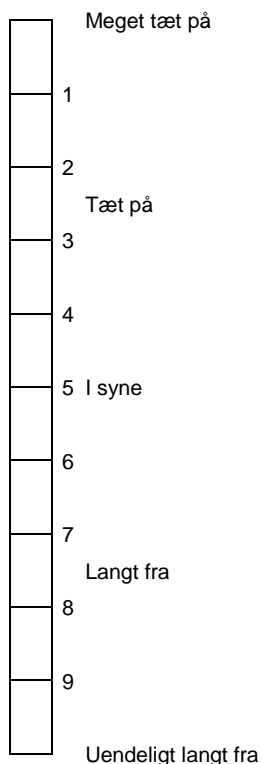
## REHABILITERINGSMÅLING: Er du på vej?

### 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 sygdom?

#### 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
- Arbejdsomængde
- 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 relateret til hjertestop i forhold til:

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

## Oplysninger om hvordan du har det fysisk og psykisk

Ansøger	Sæt kryds:				
<b>Kan du klare at gå udendørs i ½ til 1 time?</b>					
	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"/>		
<b>Kan du gå på trapper til 2. sal?</b>					
	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"/>		
Har du fået hjælp af andre fagpersoner til at afhjælpe dine gener efter hjertesop?	Psykolog	Fysioterapeut	Diætist	Ergoterapeut	Socialrådgiver
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Specialist sygeplejerske	Hjerteforening rådgivere	Andre		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Evt. detaljer:					

Ansøger
<p>Hvad vil du gerne have ud af opholdet? (Skal udfyldes)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
<p>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 REHPA's forskningsaktiviteter.</p> <p>Dato _____ Underskrift _____</p>

Send ansøgningen pr. mail som scannet fil eller billede til [reha.ophold@rsyd.dk](mailto:reha.ophold@rsyd.dk)

Eller pr. post til:  
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation  
Vestergade 13  
5800 Nyborg