

Lægehenviisning til forløb for benamputerede på REHPA Forskningsklinik

Som læge kan du sende en elektronisk sygehushenviisning til OUH Svendborg/Nyborg REHPA Ambulatorium, SKS-kode 4202479, lokationsnummer 5790002406584, hvor nedenstående oplysninger skal angives – teksten kan kopieres her www.rehpa.dk/fagpersoner/rehpa-forskningsklinik/laegehenviisning-til-forskningsklinik/laegehenviisning-af-benamputerede/

Hvis henviisningen udfyldes i papirform, kan den enten sendes pr. mail, indscannet eller som billede til rehpa.ophold@rsyd.dk eller pr. post til: REHPA, Vestergade 17, 5800 Nyborg. Kontakt REHPA på telefon 30 57 10 59 ved behov for mere info.

Henviisningskriterier

- Patienten har fået amputeret et eller begge ben og har behov for særlig psykosocial rehabilitering for at komme videre i livet efter amputationen.
- Der skal være gået mindst 3 måneder siden sidste amputation og højst 2 år.
- Patienten skal være selvhjulpel, da et ophold på REHPA Forskningsklinik ikke rummer mulighed for personlig pleje eller akut lægelig assistance.
- Hvis patienten bruger kørestol en del af døgnet, må denne maksimalt være 74 cm bred på det bredeste sted.
- Patienten skal være i stand til at deltage aktivt i forløbet, som indebærer et 5-dagesophold (mandag til fredag) på REHPA Forskningsklinik i Nyborg samt virtuel opfølgning efter 9-11 uger. Forløbet omfatter bl.a. oplæg i plenum, gruppesamtaler, fysisk aktivitet samt individuel vejledning. Den sidste dag er pårørende inviteret med.
- Patienten skal kunne indgå i gruppeaktiviteter og fx kunne give plads til andres synspunkter.
- Patienten skal kunne forstå og gøre sig forståelig på dansk.
- Patienten er selv ansvarlig for medicinering. REHPA udleverer eller doserer ikke medicin.
- Patienten skal være indforstået med at bidrage til REHPAs forskning, fx via spørgeskemaer og interview, og skal give samtykke til dette som forudsætning for at kunne ansøge.
- Patienten har givet mundtligt samtykke til, at lægen sender oplysninger om sygdommen og behandlingen til REHPA, og at disse indgår i forskningsdatabasen.

Se mere om REHPA på www.rehpa.dk/REHPA-forloeb/

Ansøger

Cpr-nr. _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr./By _____

Telefon _____

Egen læge

Navn _____

Telefon _____

Behandlernde afdeling

Afdeling/navn _____

Hospital _____

Lægelige oplysninger

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

Dato for (seneste)
amputation:

Amputationsside:

Niveau for
amputation:

Angiv flere krydser, hvis
bilateralt amputeret

Årsag til amputation
(primær amputation):

Er der foretaget
amputation på
modsatte ben?

Hvis ja,
hvilket niveau?

Relateret
komorbiditet (angiv
evt. flere krydser):

Har patienten fået
protese?

Vurderes det, at
patienten kan indgå
i gruppeaktiviteter?

Kan patienten klare
sig uden hjælp fra
andre døgnet rundt?

Andre sygdomme

Hvad er
rehabiliterings-
behovet?

(skal udfyldes)

Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	Bilateralt i samme bedøvelse <input type="checkbox"/>		
Transtibial <input type="checkbox"/>	Knæ disartikulation <input type="checkbox"/>	Transfemoral <input type="checkbox"/>	Hofte disartikulation <input type="checkbox"/>	
Infektion <input type="checkbox"/>	Smerter <input type="checkbox"/>	Sår <input type="checkbox"/>	Akut emboli <input type="checkbox"/>	Traumatisk <input type="checkbox"/>
Fraktur non-union <input type="checkbox"/>	Tumor <input type="checkbox"/>	Iskæmisk gangræn <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
Tå <input type="checkbox"/>	Forfod <input type="checkbox"/>	Symes <input type="checkbox"/>	Transtibial <input type="checkbox"/>	
Transfemoral <input type="checkbox"/>	Hofte disartikulation <input type="checkbox"/>		Knæ disartikulation <input type="checkbox"/>	
Ingen <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Arteriosklerose <input type="checkbox"/>	Nyresygdom med dialyse <input type="checkbox"/>	Cancer <input type="checkbox"/>
Parese af underekstremitet (en/begge) <input type="checkbox"/>				
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ukendt <input type="checkbox"/>		
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Hvilke?		
Hvad er rehabiliterings- behovet? (skal udfyldes)				

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato:

Læge:

Navn og underskrift:

Ydernr.: