

Lægehenvi sning til forløb for kræftpatienter på REHPA Forskningsklinik

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

Hvis henvi sningen 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.

Henvi sningskriterier

- Patienten har eller har haft en kræftsygdom og har et rehabiliteringsbehov som følge af sygdom og behandling.
- Patienten skal være i stand til at deltage aktivt i op til to internatophold i forløbet.
- Patienten skal være indstillet på at bidrage til REHPAs forskning, fx via spørgeskemaer og interview, og skal give samtykke til dette som forudsætning for at kunne ansøge.
- Patienten skal være egnet til at indgå i gruppeaktiviteter.
- Patienten skal kunne forstå og gøre sig forståelig på dansk.
- Patienten skal være selvhjulp en, da et opholdet ikke rummer mulighed for personlig pleje eller akut lægelig assistance.
- Patienten er selv ansvarlig for medicinering. REHPA udleverer eller doserer ikke medicin.
- Antineoplastisk behandling bør være afsluttet, medmindre risikoen for cytopeni er ubetydelig.
- Patienten har givet mundtligt samtykke til, at lægen sender oplysninger om sygdommen og behandlingen til REHPA, og at disse indgår i REHPAs forskningsdatabase.

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.

Kræftdiagnose: _____

Diagnosetidspunkt: Dato/måned: _____ År: _____

1) Er ENTEN uden tegn på kræft: _____ (sæt kryds) 2) ELLER har kronisk/uhelbredelig kræft: _____ (sæt kryds)

Behandling - dato eller måned og årstal:	Ja, 1 linje/serie (dato)	Ja, flere linjer/serier (datoer)	Nej (sæt X)	Ved ikke (sæt X)	Bemærkninger
Operation					
Strålebehandling					
Kemoterapi					
Anden systemisk behandling fx hormonbeh., immunterapi eller targeteret behandling					

Nuværende sygdomsstatus ENTEN 1 ELLER 2:

	Ja (sæt X)	Nej (sæt X)	Ved ikke (sæt X)	Bemærkninger
1. Er uden tegn på kræftsygdom:				
Hvis 1: Primær behandling er afsluttet, er ikke i opfølgning				
Primær behandling er afsluttet, er i opfølgning				
Er aktuelt i systemisk behandling efter primærbehandling (residivprofylaktisk)				
2. Har kronisk/uhelbredelig kræftsygdom:				
Hvis 2: Er aktuelt i behandling målrettet uhelbredelig kræft				
Holder behandlingspause (uhelbredelig kræft)				
Har afsluttet behandling målrettet uhelbredelig kræft				

Andre diagnoser/
komorbiditet

--

Beskriv
rehabiliteringsbehov

(Skal udfyldes)

--

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato (vigtig)

Læges navn
(skriv tydeligt)

Underskrift

<i>Stempel m. ydernr./afd.navn</i>
