

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

Som læge kan du sende en elektronisk sygehushenvisning til OUH Svendborg/Nyborg REHPA Ambulatorium, SKS-kode 4202479, lokationsnummer 5790002406584, hvor nedenstående oplysninger kan angives – teksten kan kopieres her

<https://www.rehpa.dk/fagpersoner/rehpa-forskningsklinik/laegehenvisning-til-forskningsklinik/laegehenvisning-af-hjertestopoverlevere-til-rehpa/>

Hvis henvisningen udfyldes i papirform, kan den enten sendes pr. mail, indscannet eller som billede til [rehpa.ophold@rsyd.dk](mailto: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.

### Henvisningskriterier

- Patienten har haft hjertestop.
- Patienten skal have et rehabiliteringsbehov på grund af gener som følge af hjertestoppet og tilhørende behandling.
- Patienten skal være i stand til at kunne deltage aktivt i 5 dages rehabiliteringsophold og senere opfølgingsdage tilpasset målgruppen, som omfatter oplæg i plenum, gruppesamtaler, kognitiv test, fysisk aktivitet og individuel vejledning.
- 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 skal være egnet til at indgå i gruppeaktiviteter.
- Patienten skal kunne forstå og gøre sig forståelig på dansk.
- Patienten skal være selvhjulpnen, da opholdet ikke rummer mulighed for personlig pleje eller akut lægelig assistance.
- Patienten er selv ansvarlig for medicinering. REHPA udleverer eller doserer ikke medicin.
- 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/](http://www.rehpa.dk/REHPA-forloeb/)

### Ansøger

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

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. og by \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

#### Egen læge

Navn \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

#### Behandelende afdeling

Navn \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

## 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 rehabiliteringsbehovet? <b>(Skal udfyldes)</b>					

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge: Navn og underskrift

*Stempel + yderr.*