

## 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/rehpa-forloeb/laegehenvi sning-til-forskningsklinik/laegehenvi sning-af-kræftpatienter-til-rehpa/](http://www.rehpa.dk/rehpa-forloeb/laegehenvi sning-til-forskningsklinik/laegehenvi sning-af-kræftpatienter-til-rehpa/)

Hvis henvi sningen udfyldes i papirform, kan den scannes og vedhæftes sygehushenvi sningen eller sendes pr. mail 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.

### 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 læg elig 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/](http://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
---------------	----------------	---------------------	--------------

**Hvis 1:**

<b>1. Er uden tegn på kræftsygdom:</b>	Ja (sæt X)	Nej (sæt X)	Ved ikke (sæt X)	Bemærkninger
<b>1. Er uden tegn på kræftsygdom:</b>				
Primær behandling er afsluttet, er ikke i opfølgning				
Primær behandling er afsluttet, er i opfølgning				
Er aktuelt i systemisk behandling efter primærbehandling (residivprofylaktisk)				

**Hvis 2:**

<b>2. Har kronisk/uhelbredelig kræftsygdom:</b>	Ja (sæt X)	Nej (sæt X)	Ved ikke (sæt X)	Bemærkninger
<b>2. Har kronisk/uhelbredelig kræftsygdom:</b>				
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**

<b>Stempel m. ydernr./afd.navn</b>
------------------------------------