

Henvisningsskema til rehabiliteringsophold på REHPA Forsningsklinik 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

www.rehpa.dk/rehpa-forloeb/laegehenvisning-til-forsningsklinik/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 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/

Ansøger

Cpr-nr. _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr. og by _____

Telefon _____

Egen læge

Navn _____

Telefon _____

Behandelende afdeling

Navn _____

Hospital _____

VEND →

Lægelige oplysninger

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

Dato for hjertestop:

Årsag for hjertestop:

IHD

Arytmi

Kardiomyopati

Andet

Ukendt

Bevidnet hjertestop

Ja

Nej

Tid til ROSC (min.)

Sted for hjertestop:

Hjemmet

Offentligt rum

Sygehus

Andet

MOCA

Dato:

Score:

Ukendt

Behandling

ICD

PCI

CABG

Anden operation

Angiv:

Dato:

Dato:

Dato:

Dato:

Andre hjertesygdomme

Andre sygdomme

Hvad er rehabiliteringsbehovet?

(Skal udfyldes)

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge: Navn og underskrift

Stempel/yderrn./afdeling