

Henvisningsskema til rehabiliteringsforløb på REHPA Forskningsklinik for patienter, der har haft en SCAD-episode

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 [REHPA-forløb: SCAD, træthed og hverdagsliv - REHPA](#)

Hvis henvisningen udfyldes i papirform, kan den scannes og vedhæftes sygehushenvisningen eller sendes pr. mail 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 en SCAD-episode inden for de sidste 2-12 måneder regnet fra den 1. juni 2024.
- Patienten er udfordret med udtalt træthed, som skyldes SCAD-episode eller behandling.
- Patienten skal have et rehabiliteringsbehov på grund af gener som følge af SCAD-episode.
- Patienten er tilknyttet arbejdsmarkedet.
- Patienten skal være i stand til at kunne deltage aktivt i 4-dages rehabiliteringsophold og senere virtuel opfølgning tilpasset målgruppen, der omfatter oplæg i plenum, gruppesamtaler, 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 REHPA 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 SCAD-episode/episoder:

Beskriv behandling for SCAD-episode:

Andre hjerte- eller kredsløbssygdomme:

Andre sygdomme:

Hvilken medicin får patienten:

Hvad er rehabiliteringsbehovet?

(Skal udfyldes)

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge: Navn og underskrift

Stempel/ydernr./afdeling