

## Lægehenviisning til rehabiliteringsforløb på REHPA Forskningsklinik for patienter, der har overlevet et hjertestop uden for sygehus

Som læge kan du sende en **elektronisk sygehushenviisning** til OUH Svendborg/Nyborg REHPA Ambulatorium, SKS-kode 4202479, lokationsnummer 5790002406584, hvor nedenstående oplysninger kan angives – teksten kan kopieres her [Lægehenviisning til REHPA Forskningsklinik](http://rehpa.dk/rehpa-forloeb/hjertestop/) (rehpa.dk/rehpa-forloeb/hjertestop/)

Hvis henviisningen udfyldes i papirform, kan den scannes og vedhæftes sygehushenviisningen 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.

### Henviisningskriterier

- Patienten har haft **hjertestop uden for hospital**.
- Patienten skal have et rehabiliteringsbehov på grund af gener som følge af hjertestoppet og tilhørende behandling i form af hukommelses- og koncentrationsbesvær, træthed og/eller følelsesmæssig påvirkning.
- Patienten skal være i stand til at kunne deltage aktivt i 5-dages rehabiliteringsophold og senere 2 opfølgingsdage tilpasset målgruppen, som omfatter oplæg i plenum, gruppesamtaler 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 selvhjulpel, 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/](http://www.rehpa.dk/REHPA-forloeb/)

### Ansøger

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

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

#### Egen læge

Navn \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

#### Behandelnde afdeling

Navn \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

## Lægelige oplysninger

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

|   |   |  |   |                                   |                                      |
|---|---|--|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Dato for hjertestop:                                      |   |  | Komatøs ved indlæggelse:  | Ja<br><input type="checkbox"/>    | Nej<br><input type="checkbox"/>      |
| Årsag for hjertestop:                                     | IHD<br><input type="checkbox"/>                                       | Arytmi<br><input type="checkbox"/>         | Kardiomyopati<br><input type="checkbox"/>                       | Andet<br><input type="checkbox"/> | Ukendt<br><input type="checkbox"/>   |
| Bevidnet hjertestop                                       | Ja<br><input type="checkbox"/>  | Nej<br><input type="checkbox"/>            |   |                                   |                                      |
| Udført hjertelunge-redning (før ambulance)                | Ja<br><input type="checkbox"/>  | Nej<br><input type="checkbox"/>            | Stødbar rytme:  | Ja<br><input type="checkbox"/>    | Nej<br><input type="checkbox"/>      |
| Tid til ROSC (min.)                                       |   |  |   |                                   |                                      |
| Sted for hjertestop:                                      | Hjemmet<br><input type="checkbox"/>                                   | Offentligt rum<br><input type="checkbox"/> | Andet<br><input type="checkbox"/>                               | _____                             |                                      |
| Forløb på intensiv  | Ja<br><input type="checkbox"/>  | Nej<br><input type="checkbox"/>            | Indlæggelsestid på intensiv, dage: _____                        |                                   |                                      |
| MOCA udført under indlæggelse/tidligt efterforløb         | Dato:   | Score:                                     | Ukendt<br><input type="checkbox"/>                              |                                   |                                      |
| Behandling  | Kølebehandlet<br><input type="checkbox"/>                             | ICD<br><input type="checkbox"/>            | PCI<br><input type="checkbox"/>                                 | CABG<br><input type="checkbox"/>  | Anden operation/behandling:<br>_____ |
|   | Dato:   | Dato:                                      | Dato:   | Dato:                             | Dato:                                |
| Samlet indlæggelse, dage                                  |   |  |   |                                   |                                      |
| Andre sygdomme/ komorbiditet                              | <input type="checkbox"/> Hypertension                                 |  | <input type="checkbox"/> Diabetes                               |                                   |                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Myokardieinfarkt                             |  | <input type="checkbox"/> KOL                                    |                                   |                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Atrieflimren                                 |  | <input type="checkbox"/> Stroke                                 |                                   |                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Hjertesvigt                                  |  | <input type="checkbox"/> Kronisk nyresygdom                     |                                   |                                      |
|   | <input type="checkbox"/> Anden hjertesygdom (angiv hvilken):<br>_____ |  | <input type="checkbox"/> Anden sygdom (angiv hvilken):<br>_____ |                                   |                                      |
|   |   |  |   |                                   |                                      |
| Hvad er rehabiliteringsbehovet?<br><b>(Skal udfyldes)</b> |   |  |   |                                   |                                      |

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge: Navn og underskrift

Stempel/yderrn./afdeling