

Sygehushenvisning fra hospital eller praktiserende læge til forløb for kræftpatienter i REHPA Forskningsklinik

Send venligst elektronisk sygehushenvisning til OUH REHPA Ambulatorium. I nogle systemer står der OUH Videncenter for Rehabilitering og Palliation – i andre skal man tilføje (Svendborg/Nyborg) i søgningen.

Tekst til kan kopieres her:

www.rehpa.dk/rehpa-forloeb/laegehenvisning-til-forskningsklinik/laegehenvisning-af-kræftpatienter-til-rehpa/

Hvis henvisningen udfyldes i papirform, kan den scannes og vedhæftes sygehushenvisningen elektronisk 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 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 selvhjulpnen, da et ophold ikke rummer mulighed for personlig pleje eller akut lægelig 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/

Ansøger

Cpr-nr. _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr./By _____

Telefon _____

Egen læge

Navn _____

Telefon _____

Behandelende 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:				
<u>1. Er uden tegn på kræftsygdom:</u>				
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:				
<u>2. Har kronisk/uhelbredelig kræftsygdom:</u>				
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****Stempel m. ydernr./afd.navn**