

Lægehenviisning til rehabiliteringsforløb på REHPA Forskningsklinik for patienter med hjertesvigt, der oplever fatigue

Send venligst elektronisk sygehushenviisning 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 kopieres her: [Lægehenviisning til REHPA Forskningsklinik](#)

(læs om forløbet: <https://www.rehpa.dk/rehpa-forloeb/traethed-hverdagsliv-og-hjertesvigt/>)

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

Henviisningskriterier

Medicinske inklusionskriterier:

- Patienten er over 18 år og diagnosticeret med venstresidigt hjertesvigt med nedsat systolisk funktion (HFrEF) diagnosekode DI501 Hjertesvigt; DI501G.
- Patienten oplever fatigue/træthed, som kan relateres til hjertesvigtet.
- Patienten skal have gennemgået et optitreringsforløb i hjertesvigtsambulatoriet og være vurderet i maksimal tolereret medicinsk dosis.

Medicinske eksklusionskriterier:

- Patienten må ikke have været indlagt pga. hjertesvigt de sidste 2 måneder.
- Patienten må ikke afvente planlagt KoronarArterioGraft (KAG)/Koronar bypass (CABG)/Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD)/Cardiac Resynchronization Therapy (CRT)
- Patienten må ikke have en LVEF på mindre end 15 %.
- Patienten må ikke have NYHA klasse IV.

Generelle inklusionskriterier:

- Patienten skal kunne deltage aktivt i 5-dages gruppebaseret rehabiliteringsophold og en virtuel opfølgning efter en hjemmeperiode. Opholdet hos REHPA omfatter oplæg i plenum, gruppesamtaler, individuelle samtaler og fysisk aktivitet, bl.a. udendørs.
- Patienten skal selv sørge for transport frem og tilbage til REHPA i Nyborg.
- Patienten skal være indforstået med at bidrage til REHPAs forskning, fx via spørgeskemaer og interview. Det er en forudsætning for deltagelse, at patienten giver samtykke til dette.
- Patienten skal kunne forstå og gøre sig forståelig på dansk.
- Patienten skal være selvhjulpent, da opholdet ikke rummer mulighed for personlig pleje eller akut lægelig assistance.
- Patienten er selv ansvarlig for sin 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/

**For at vi kan behandle henviisningen og inkludere patienten,
er det vigtigt, at alle felter udfyldes**

Ansøger Skal udfyldes

Cpr-nr. _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr. og by _____

Telefon _____

Egen læge

Navn _____

Telefon _____

Behandelende afdeling

Navn _____

Hospital _____

Lægelige oplysninger

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

Kriterier

Skal udfyldes

Tidspunkt for hjertesvigt-
diagnosen:

Skal udfyldes

Pumpefunktion senest
målt (måned/årstal):

Skal udfyldes

NYHA klasse senest
vurderet (måned/årstal):

Skal udfyldes

Opfylder patienten alle inklusionskriterier og ingen af eksklusionskriterierne?

Ja

☐

Nej

☐

Dato (måned/årstal):

Dato (måned/årstal):

LVEF:

Dato
(måned/årstal):

I

☐

II

☐

III

☐

IV

☐

Lægelige oplysninger (fortsat)

Behandling: Skal udfyldes	ACEi/ARB/ARNI* ☐	Betablokkere ☐	SGLT2-hæmmere ☐	Mineralocorticoid Receptor Antagonists ☐
	*ACEi: ACE-hæmmere, ARB: Angiotensin II-receptorblokkere, ARNI: Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitor			
	Diuretika ☐	Implanterbar Cardioverter Defibrillator (ICD) ☐	Cardiac Resynchronization Therapy (CRT) ☐	
	Andet (fx Ablation, KoronarArterioGraf, HjerterCT, Rubidium PET-skanning):			
Måned/årstal for seneste indlæggelse pga. hjertesvigt: Skal udfyldes	Dato (måned/årstal):		Ingen tidligere indlæggelse ☐	
Andre sygdomme/komorbiditet Skal udfyldes	☐ Atrieflimren (AFLI)/atrieflagren (AFLA) ☐ Iskæmisk hjertesygdom ☐ Hypertension ☐ Apopleksi ☐ Anden hjertesygdom (angiv type): _____ ☐ Kronisk nyresygdom (CKD) ☐ Diabetes ☐ Cancer (angiv type): _____ ☐ KOL/Astma ☐ Angst ☐ Depression ☐ Anden sygdom (angiv hvilken): _____ _____			
Hvad er rehabiliteringsbehovet? Skal udfyldes				
Patienten er set og vurderet af undertegnede:				
Dato				
Læge: Navn og underskrift Skal udfyldes			Stempel/ydernr./afdeling	