

## Henvisning til rehabiliteringsopphold

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| 1.1 Navn   |   | 1.2 Person nr   |  |
| 1.3 Adresse  |   |   |  |
| 1.4 Postnr - sted  |   | 1.5 Tlf   |  |
| 2.0 Institusjonens navn  |   | 3.0 Yrkes-/krigsskade   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| 4.0 Hoveddiagnose (årsak for oppholdet)  |   |   |  |
| 4.1 Kode   | <input type="checkbox"/> ICD10  | <input type="checkbox"/> ICPC-2   |  |
| 4.2 Bidiagnose (av betydning for oppholdet)  |   |   |  |
| 5.0 Pasientens mål for oppholdet   |   |   |  |
| 5.1 Sykehistorie   | (kliniske funn, svar på utredninger med vekt på tilstanden som fører til innleggelsen, informasjon om problemer med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til)* |   |  |
| 5.2 Foreskrevne medikamenter (spesielt smertestillende)*   |   |   |  |
| 5.3 Varighet av tilstand   |   |   |  |
| Akutt (oppgi skade/operasjonsdato)   |   |   |  |
| Kronisk (oppgi omtrentlig tidspunkt symptomdebut)  |   |   |  |
| 5.4 Kryss av de områder der sykdom eller skade bidrar vesentlig til å nedsette personens funksjon i det daglige  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Mentale/kognitive funksjoner  | <input type="checkbox"/> Respirasjon  | <input type="checkbox"/> Bevegelsesapparat  |  |
| <input type="checkbox"/> Sansefunksjoner   | <input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon   | <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:   |  |
| <input type="checkbox"/> Smerteplager  | <input type="checkbox"/> Fordøyelse og stoffskifte  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Kretsløp (hjerne/blodkar)   | <input type="checkbox"/> Urinveiene   |   |  |
| 5.5 Angi pasientens behov for personhjelp i forbindelse med (se veiledning):   |   |   |  |
| Spisesituasjon   | <input type="checkbox"/> Selvhjulpen  | <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen   | <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende                 |
| Vask/påkledning  | <input type="checkbox"/> Selvhjulpen  | <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen   | <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende                 |
| Forflytning  | <input type="checkbox"/> Selvhjulpen  | <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen   | <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende                 |
| Toalettbesøk   | <input type="checkbox"/> Selvhjulpen  | <input type="checkbox"/> Delvis selvhjulpen   | <input type="checkbox"/> Hjelpetrengende                 |
| Mobilitet innendørs  |   |   |  |
| Ved gangfunksj.  | <input type="checkbox"/> Gange uten hjelpemiddel  | <input type="checkbox"/> Gange med krykker  | <input type="checkbox"/> Gange med rullator              |
| Bruk av rullestol  | <input type="checkbox"/> Rullestol kjører selv  | <input type="checkbox"/> Rullestol med hjelp  | <input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol             |
| Annet hjelpebehov*   |   |   |  |
| 5.6 Arbeid og utdanning  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Pensjonist/uføretrygdet   | <input type="checkbox"/> Sykemeldt/attføring/rehab. penger  | <input type="checkbox"/> Sosial stønad  |  |
| <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv  | <input type="checkbox"/> Under utdanning  | <input type="checkbox"/> Annet  |  |
| 5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist  | <input type="checkbox"/> Ja*  | <input type="checkbox"/> Nei  |  |
| Hvis <b>Ja</b> legg ved Kopi / Notat   |   |   |  |
| Er pasienten vurdert mht. rettighetsstatus?  | <input type="checkbox"/> Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp  | <input type="checkbox"/> Har rett til annen helsehjelp  |  |
|  | <input type="checkbox"/> Pas. er ikke vurdert   |   |  |
| 5.8 Er behandling i kommunehelsetjenesten et alternativ?   | <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nei*   |  |
| Hvis <b>nei</b> , viktigste årsak  |   |   |  |
| 5.9 Har lignende behandling vært gitt tidligere  | <input type="checkbox"/> Ja*  | <input type="checkbox"/> Nei  |  |
| Hvis <b>ja</b> , institusjon og årstall  |   |   |  |
| 6.0 Henvisende leges vurdering   |   |   |  |
| Motivasjon for rehabilitering  | Meget god   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dårlig   |
| Anbefalt ventetid  | Kort  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Lang   |
| 6.1 Søkende instans  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Privat spesialist   | <input type="checkbox"/> Sykehusavdeling  | <input type="checkbox"/> Sykehuspoliklinikk   | <input type="checkbox"/> Annen lege                      |
| Navn på pasientens fastlege (dersom annen henvisende instans):   |   |   |  |
| 6.2 Sted / Dato  | 6.3 Legens navn, spesialitet, adresse, tlf., stempel, signatur  |   |  |
| -  | Navn  |   |  |
|  | Spesialitet   |   |  |
|  | Adresse   |   |  |
|  | Telefon   |   |  |
| Informasjon om tilbudet ved rehabiliteringsinstitusjoner finnes på <a href="http://www.helse-vest.no">www.helse-vest.no</a> eller grønt tlf.nr. 800 41 004. Henvisningsskjemaet sendes pr post, <b>direkte til institusjonen</b> som det søkes på. |   |   |  |
| * Utdypes, evt. i eget vedlegg   |   |   |  |

## Veiledning til utfylling av skjema «Henvisning til rehabiliteringsopphold»

1.1 – 1.5 Vennligst kontroller at navn og adresse er korrekt og oppdatert. Personnummer er nødvendig for administrativ håndtering av henvisning.

2.0 Ønske om opphold ved en bestemt institusjon kan angis i dette feltet. Det er imidlertid ikke sikkert at tilbud om opphold kan ytes ved denne institusjonen, og i så fall vil dette bli meldt tilbake.

**Henvisningsskjemaet sendes til institusjonen det søkes om opphold ved.** For oversikt over institusjonene og tilbudet, se [www.helse-vest.no](http://www.helse-vest.no) eller ring grønt nummer 800 41 004.

3.0 Kryss av for eventuell yrkes/krigsskade.

4.0 – 4.2 Angi diagnose og eventuelle relevante bidiagnoser av betydning for oppholdet.

5.0 **Formål med oppholdet er viktig for å kunne vurdere henvisningen.** Det bør fortrinnsvis være ett overordnet konkret mål, eventuelt flere dersom det er relevant.

5.1 – 5.3 Sykehistorie kan vedlegges i eget brev eller i form av kopi av relevante epikriser/notater. Angi hvilke medikamenter personen benytter, også medikasjon ved behov. Eventuelle alvorlige allergier bør også angis under dette punktet. Benytt eventuelt brev. Angi varighet av tilstanden, eventuelt omkring start for symptomdebut ved kroniske tilstander. Årstall, eventuelt med månedsangivelse er tilstrekkelig.

5.4 Angi områder hvor det foreligger vesentlige funksjonsutfall. Betegnelsene er fra ICF (International Classification of Function). Se [www.rehabinfo.no](http://www.rehabinfo.no) for informasjon om ICF.

5.5 Angi dersom personen trenger fysisk assistanse i forbindelse med disse oppgavene:

- Når maten er ferdig tilberedt, behøver personen hjelp i løpet av måltidet for å spise og drikke?
- Behøver personen hjelp til å vaske, skylle og tørke kroppen? Behøver personen hjelp til å kle på og av seg?
- Behøver personen hjelp til å forflytte seg til og fra seng til stol, rullestol? Eller hjelp til å forflytte seg fra toalett eller dusjsete?
- Behøver personen hjelp i forbindelse med toalettbesøk?
- Behøver personen hjelp for å ta seg frem gående eller i rullestol minst 50 meter?
- Annet hjelpebehov: For eksempel hjelp i forbindelse med inkontinens, sårstell og lignende eller veiledning på grunn av kognitiv svikt.

Grad av hjelpebehov vurderes som følger:

1. **Selvhjulpen** (evt med hjelpemidler)

2. **Delvis selvhjulpen:** Behøver personen bare tilsyn, veiledning, oppfordring eller hjelp til å sette på ortose eller tilrettelegging (for eksempel finne frem utstyr, sette på skinner/korsett, klær og lignende). Eventuelt om personen i tillegg bare trenger tilfeldig hjelp (for eksempel ta på sko, sokker, knapper/glidelås og lignende).

3. **Hjelpetrequende:** Personen trenger assistanse med det meste innen aktiviteten og hjelper er nødvendig for gjennomføring.

5.6 Arbeid og utdanningsstatus på grunnlag av de siste ukers situasjon.

5.8 Angi grunn til hvorfor behandling i kommunehelsetjenesten ikke er et alternativ (tilgjengelighet, behov for intensitet eller lignende).

5.9 Angi eventuell erfaring med tidligere behandling ved rehabiliteringsinstitusjon.

6.0 Motivasjon og anbefalt ventetid er nødvendig for riktig prioritering av henvisningen.

6.1 – 6.3 Det er tilstrekkelig om informasjonen om henvisende lege fremkommer i vedlagt brev.