

## Søknadskjema spesialisert revmatologisk rehabilitering.

### Inntakskriterier:

1. Inflammatorisk revmatisk sykdom, medisinsk behandlet etter gjeldende retningslinjer av lokal revmatolog
2. Alder over 18 år
3. Rehabilitering kommunalt og regionalt er prøvd og/eller vurdert som utilstrekkelig
4. Behov for tverrfaglig spisskompetanse innen revmatologi og rehabilitering med samtidige tiltak fra 4 faggrupper
5. Komplekse sykdomsutfordringer (som inkluderer minst 3 av kulepunktene under):
  - Smerter og/eller utmattelse
  - Overforbruk av analgetika
  - Fysisk funksjonstap på grunn av revmatisk sykdom
  - Psykiske utfordringer som f.eks. angst og/eller depresjon
  - Komorbid somatisk sykdom
  - Sosiale- og aktivitetsrelaterte utfordringer (utdanning, arbeid, økonomi, familie- og hverdagsliv, fritid )
  - Manglende tilbud i lokale helse- og sosiale tjenester

Navn:		Personnummer:	
Adresse:		Telefon:	
Postnummer:		Sted:	
Sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Enslig		Yrkesstatus: <input type="checkbox"/> Sykmeldt, prosent: _____ Yrke: _____ <input type="checkbox"/> Sykmeldt siden dato: _____ <input type="checkbox"/> Arbeid, prosent: _____ <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Pensjonist	
Hoveddiagnose:		ICD10:	
Komorbiditet. Beskriv nærmere:			
Kort sykehistorie og sykdomsvarighet (legg gjerne ved supplerende opplysninger i form av tidligere journalnotat):			
Er rehabilitering på lavere nivå prøvd ut eller vurdert? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei F. eks hverdagsrehabilitering, fysioterapi, behandlingsreise eller rehabilitering på lavere nivå. Beskriv:			
Medikamentell behandling:			

Er pasientens antirevmatiske medikasjon optimal?  Ja  Nei  
Utfyllende opplysninger:

Kliniske funn (leddstatus):

Vekt:  Normalvekt  Undervekt  Overvekt  
Nikotin:  Ja  Nei  
Røyk   
Snus

Har pasienten utfordringer med personlig stell og daglige aktiviteter?  Ja  Nei  
Beskriv utfordringer/hjelpebehov:

Begrunn behov for spesialisert rehabilitering i sykehus:

Hvor motivert er pasienten for rehabilitering?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ikke motivert										Veldig motivert

Hvilke områder skal ha hovedfokus under rehabiliteringsoppholdet (beskrives i samarbeid med pasienten)?

**Kontaktpersoner:**

Fastlege:  Telefon:

Revmatologisk avdeling/revmatolog:  Telefon:

Andre faste behandlere/aktører:

Fysioterapeut  Psykolog  Ergoterapeut  Kiropraktor  Hjemmetjeneste  NAV

Andre: \_\_\_\_\_

Sted og dato:  Stempel og sign:

Legens navn:

Søknadsskjema sendes til:  
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus  
Tverrfaglig inntaksteam spesialisert rehabilitering  
Postboks 2175  
5504 Haugesund