|  |  |
| --- | --- |
| SLL_HoSVN3 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dagvård i Sverige | |  | | **NEUROLOGI**  Remiss för rehabilitering  Datum (åååå-mm-dd) | | |
| Sluten vård i Sverige | |  | |
| Klimatvård |  | |  |  | | |
| Remitterande inrättning | | | | Personnummer | | |
| Namn | | |
| Utdelningsadress (gata, box etc) | | |
| Postnummer och ort | | |
| **Kombikakod:** | | | | Tel bostad | Tel arbete | Mobil |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neurologisk huvuddiagnos | Debutår | ICD 10 |

|  |
| --- |
| Övriga diagnoser |

|  |  |
| --- | --- |
| Smittsam anmälningspliktig sjd  Nej  Ja | Om Ja, vilken? |

|  |
| --- |
| Överkänslighet  Nej  Ja |
| Om Ja, vilka |

|  |
| --- |
| Sjukhistoria |

|  |
| --- |
| Sluten sjukvård senaste året |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuella läkemedel  Nej  Ja | Om Ja, vilka? |

|  |
| --- |
| Problembeskrivning vardagen, arbetslivet, fritiden |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tidigare rehabilitering** | **Nej** | **Ja** | **Om Ja, Var? När?** |
| Slutenvårdsrehabilitering |  |  |  |
| Dagvårdsrehabilitering |  |  |  |
| Poliklinisk rehabilitering |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktuella rehabkontakter** | **Nej** | **Ja** | **Om Ja, Namn och mottagning** |
| Sjukgymnast |  |  |  |
| Arbetsterapeut |  |  |  |
| Logoped |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Målbeskivning inklusive patientens mål med rehabiliteringen |

|  |
| --- |
| Planerade rehabiliteringsinsatser efter avslutad rehabiliteringsperiod |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | Personnummer |
| Indikation för rehabilitering | Tungt vägande | Rimlig | Tveksam |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Har patienten fysiska/psykiska förutsättningar och motivation till rehabilitering | Ja | Tveksamt | Personnummer |
| Patienten bedöms kunna medverka | Mycket aktivt | Aktivt | Passivt |
| Behöver patienten medföljande assistent?  Nej  Ja Antal tim/dygn: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gånghjälpmedel** | **Nej** | **Ja** | **Rörelsehinder** | **Inga** | **Lätta** | **Måttliga** | **Uttalade** |
| Använder käpp |  |  | Hö arm |  |  |  |  |
| Rollator |  |  | Vä arm |  |  |  |  |
| Rullstol |  |  | Hö ben |  |  |  |  |
| Elektrisk rullstol |  |  | Vä ben |  |  |  |  |
| **Gångförmåga** |  |  | Ataxi |  |  |  |  |
| Kan stå på benen |  |  |  |  |  |  |  |
| Kan gå i trappa |  |  |  | | | | |
| Gångsträcka på plan mark, antal meter? | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kognitiva besvär** | **Inga** | **Lätta** | **Måttliga** | **Uttalade** | **Ev kommentar** |
| Minne |  |  |  |  |  |
| Uppmärksamhet |  |  |  |  |  |
| Spatiala/Visuella |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Svalg/Talfunktion** | **Nej** | **Ja** | **Syn/Hörsel** | **Nej** | | **Ja** |
| Problem att svälja |  |  | Nedsatt syn |  | |  |
| Dysartri |  |  | Nedsatt hörsel |  | |  |
| Afasi |  |  | Längd: | | Vikt: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hjälpbehov** | **Nej** | **Delvis** | **Helt** | **Har/är patienten** | **Nej** | **Ja** | **Behov av hjälp** |
| Födointag |  |  |  | Trycksår/sår |  |  |  |
| Förflyttning inomhus |  |  |  | Återkommande UVI:er |  |  |  |
| Toalettbesök |  |  |  | Urininkontionent |  |  |  |
| Förflyttning stol/säng |  |  |  | Avföringsinkontinent |  |  |  |
| Av/påklädning |  |  |  | KAD |  |  |  |
| Daglig hygien |  |  |  | RIK |  |  |  |
| Bad/dusch |  |  |  | PEG |  |  |  |
| Förflyttning utomhus |  |  |  | Övrigt |  |  |  |
| Kommunikation |  |  |  |  |  |  |  |
| Nattetid |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | Personnummer |
| **Övriga faktorer som kan påverka rehabiliteringen** | **Nej** | **Ja** | **Kommentar** |  | **Nej** | **Ja** | **Kommentar** |
| Oro/ångest |  |  |  | Fatigue |  |  |  |
| Depressioner |  |  |  | Uttröttbarhet |  |  |  |
| Paranoida tankar |  |  |  | Tidigare missbruk |  |  |  |
| Initiavtivlöshet |  |  |  | Pågående missbruk |  |  |  |
| Sjukdomsrelaterad kris |  |  |  | Rökning |  |  |  |
| EP-anfall |  |  | Frekvens |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ifylls vid ansökan om klimatvård** | |
| Patienten tål varmt klimat | Nej  Ja |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Underskrift av remittent | Datum | Namnförtydligande | | | | |
|  | | | | | | |
| Datum | | Bifall | | Grad 1 | Grad 2 | Grad 3 |
| Dagvård, 15 dagar | |  |  |  |
| Beslutsfattarens underskrift | | Dagvård, 25 dagar | |  |  |  |
| Sluten vård, 12 dagar | |  |  |  |
| Sluten vård, 19 dagar | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| Bifall | |  |  |  |
| Klimatvård, 28 dagar |  | | | |
| Klimatvård, 21 dagar |  | | | |
|  | |  |  | | | |
| Namnförtydligande | | Avslag | |  |  |  |
|  | | Motivering | | | | |