Astma grundprogram KOL grundprogram Repetitionsprogram

**ASTMA KOL**

# Remiss för utbildnings- och behandligsprogram

Datum (åååå-mm-dd)

|  |  |
| --- | --- |
| Remitterande inrättning**Kombikakod:** | Personnummer |
| Namn |
| Utdelningsadress (gata, box etc) |
| Postnummer och ort |
| Tel bostad | Tel arbete | Mobil |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Huvuddiagnos | Debutår | ICD 10 |

Övriga diagnoser/Sjukhistoria

Smittsam anmälningspliktig sjukdom

Nej Ja

Om Ja, vilken

Överkänslighet

Nej

Ja

Om Ja, vilken

**Resultat spirometri skall bifogas denna remiss**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lungröntgen:EKG: | När: När: | Var: Var: | Längd: | Vikt: |

Sluten sjukvård senaste året

Aktuella läkemedel

Nej Ja

Om Ja, vilka läkemedel, styrka och dosering

Problembeskrivning vardagen, arbetslivet, fritiden

Har patienten fysiska/psykiska förutsättningar och motivation till rehab?

Ja Tveksamt

|  |  |
| --- | --- |
| Rökare | Om ja, är patient motiverad till deltagande i rökavvänjningsprogram? |
|  |  | Nej |  | Ja |  |  | Nej |  | Ja |

Målbeskrivning inklusive patientens mål med rehabiliteringen

Speciella behov (ADL-hjälp, rullstol m.m.)

Patienten medger att journalkopior rekvireras vid behov Nej Ja

|  |  |
| --- | --- |
| Har patienten sömnapné ?Nej Ja | Om Ja, använder patienten ventilator eller bettskena? |
|  |  | Nej |  | Ja |

Har patienten syrgasbehandling?

Nej Ja

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personnummer |
| Underskrift av remittent Datum: | Namnförtydligande |

|  |  |
| --- | --- |
| DatumNamnförtydligande | BifallAstma grundprogram Sluten vård 10 dagar KOL grundprogram Sluten vård 10 dagar Repetitionsprogram Sluten vård 5 dagar |
| Avslag |  |  |
| Motivering |