

Dagvård i Sverige

 Sluten vård i Sverige

 Klimatvård
**NEUROLOGI**

## Remiss för rehabilitering

Datum (åååå-mm-dd)

Remitterande inrättning	Personnummer		
	Namn		
	Utdelningsadress (gata, box etc)		
	Postnummer och ort		
	Tel bostad	Tel arbete	Mobil

**Kombikakod:**

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

Övriga diagnoser
------------------

Smittsam anmälningspliktig sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilken?
--	----------------

Överkänslighet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vilka
--

Sjukhistoria
--------------

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

Aktuella läkemedel <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om Ja, vilka?
--	---------------

Problembeskrivning vardagen, arbetslivet, fritiden
--

Tidigare rehabilitering	Nej	Ja	Om Ja, Var? När?
Slutenvårdsrehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dagvårdsrehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliklinisk rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Aktuella rehabkontakter	Nej	Ja	Om Ja, Namn och mottagning
Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbetssterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
Logoped	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

Målbeskrivning inklusive patientens mål med rehabiliteringen
--

Planerade rehabiliteringsinsatser efter avslutad rehabiliteringsperiod
--

Personnummer
--------------

Indikation för rehabilitering	<input type="checkbox"/> Tungt vägande	<input type="checkbox"/> Rimlig	<input type="checkbox"/> Tveksam
-------------------------------	--	---------------------------------	----------------------------------

Har patienten fysiska/psykiska förutsättningar och motivation till rehabilitering	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	Personnummer
Patienten bedöms kunna medverka	<input type="checkbox"/> Mycket aktivt	<input type="checkbox"/> Aktivt	<input type="checkbox"/> Passivt
Behöver patienten medföljande assistent?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Antal tim/dygn:			

Gånghjälpmedel	Nej	Ja	Rörelsehinder	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade
Använder käpp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hö arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vä arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rullstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hö ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrisk rullstol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vä ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gångförmåga			Ataxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan stå på benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kan gå i trappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Gångsträcka på plan mark, antal meter?

Kognitiva besvär	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Ev kommentar
Minne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uppmärksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spatiala/Visuella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Svalg/Talfunktion	Nej	Ja	Syn/Hörsel	Nej	Ja
Problem att svälja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysartri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Längd:		Vikt:

Hjälpbehov	Nej	Delvis	Helt	Har/är patienten	Nej	Ja	Behov av hjälp
Födointag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trycksår/sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflyttning inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Återkommande UVI:er	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflyttning stol/säng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avföringsinkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Av/påklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bad/dusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflyttning utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Övrigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnummer

Övriga faktorer som kan påverka rehabiliteringen	Nej	Ja	Kommentar		Nej	Ja	Kommentar
Oro/ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depressioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uttröttbarhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paranoida tankar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tidigare missbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Initiativlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pågående missbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukdomsrelaterad kris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EP-anfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frekvens				

## Ifylls vid ansökan om klimatvård

Patienten tål varmt klimat  Nej  Ja

Underskrift av remittent	Datum	Namnförtydligande
--------------------------	-------	-------------------

Datum	<input type="checkbox"/> Bifall	Grad 1	Grad 2	Grad 3
Beslutsfattarens underskrift	Dagvård, 15 dagar			
	Dagvård, 25 dagar			
	Sluten vård, 12 dagar			
	Sluten vård, 19 dagar			
Namnförtydligande	<input type="checkbox"/> Bifall			
	Klimatvård, 28 dagar <input type="checkbox"/>	-----		
	Klimatvård, 21 dagar <input type="checkbox"/>	-----		
	<input type="checkbox"/> Avslag			
	Motivering			