

I Sverige Sluten vård Dagvård
 Klimatvård

NEUROLOGI
 Remiss för rehabilitering
 Datum (åååå-mm-dd)

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral	Personnummer		
	Namn		
	Utdelningsadress (gata, box etc)		
	Postnummer och ort		
	Tel bostad	Tel arbete	Mobil

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

Övriga diagnoser

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

Sjukhistoria

Sluten sjukvård senaste året

Aktuell medicinering

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"/>	
Arbetsterapeut	<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
--

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
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:		

Funktionshinder	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"/>
Kan stå på benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataxi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	

	Nej	Ja		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"/>			

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"/>

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"/>		Uttrötthet	<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

Nej Ja

Patienten tål varmt klimat

Vikt, kg

Längd, cm

Underskrift av läkare	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"/> Avslag Motivering			