

Lægehenviisning til rehabiliteringsforløb på REHPA Forskningsklinik for patienter, der har overlevet et hjertestop uden for sygehus

Som læge kan du sende en **elektronisk sygehushenviisning** til OUH Svendborg/Nyborg REHPA Ambulatorium, SKS-kode 4202479, lokationsnummer 5790002406584, hvor nedenstående oplysninger kan angives – teksten kan kopieres her [Lægehenviisning til REHPA Forskningsklinik](http://rehpa.dk/rehpa-forloeb/hjertestop/) (rehpa.dk/rehpa-forloeb/hjertestop/)

Hvis henviisningen udfyldes i papirform, kan den scannes og vedhæftes sygehushenviisningen eller sendes pr. mail til rehpa.ophold@rsyd.dk eller pr. post til: REHPA, Vestergade 17, 5800 Nyborg.

Kontakt REHPA på telefon 30 57 10 59 ved behov for mere info.

Henviisningskriterier

- Patienten har haft **hjertestop uden for hospital**.
- Patienten skal have et rehabiliteringsbehov på grund af gener som følge af hjertestoppet og tilhørende behandling i form af hukommelses- og koncentrationsbesvær, træthed og/eller følelsesmæssig påvirkning.
- Patienten skal være i stand til at kunne deltage aktivt i 5-dages rehabiliteringsophold og senere 2 opfølgingsdage tilpasset målgruppen, som omfatter oplæg i plenum, gruppesamtaler og individuel vejledning.
- Patienten skal være indforstået med at bidrage til REHPAs forskning, fx via spørgeskemaer og interview, og skal give samtykke til dette som forudsætning for at kunne ansøge.
- Patienten skal være egnet til at indgå i gruppeaktiviteter.
- Patienten skal kunne forstå og gøre sig forståelig på dansk.
- Patienten skal være selvhjulpel, da opholdet ikke rummer mulighed for personlig pleje eller akut lægelig assistance.
- Patienten er selv ansvarlig for medicinering. REHPA udleverer eller doserer ikke medicin.
- Patienten har givet mundtligt samtykke til, at lægen sender oplysninger om sygdommen og behandlingen til REHPA, og at disse indgår i REHPA Forskningsdatabase.

Se mere om REHPA på www.rehpa.dk/REHPA-forloeb/

Ansøger

Cpr-nr. _____

Navn _____

Adresse _____

Postnr. og by _____

Telefon _____

Egen læge

Navn _____

Telefon _____

Behandelnde afdeling

Navn _____

Hospital _____

Lægelige oplysninger

Udfyldes af lægen, men forudsættes bekendt af patienten. Udfyldes med blokbogstaver.

Dato for hjertestop:

Årsag for hjertestop:

Bevidnet hjertestop

Tid til ROSC (min.)

Sted for hjertestop:

Forløb på intensiv

MOCA udført under
indlæggelse/tidligt
efterforløb

Behandling

Andre sygdomme/
komorbiditet

Hvad er
rehabiliterings-
behovet?

(Skal udfyldes)

Dato for hjertestop:				
IHD <input type="checkbox"/>	Arytmi <input type="checkbox"/>	Kardiomyopati <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	Ukendt <input type="checkbox"/>
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
Tid til ROSC (min.)				
Hjemmet <input type="checkbox"/>	Offentligt rum <input type="checkbox"/>	Andet <input type="checkbox"/>	_____	
Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>			
Dato:	Score:	Ukendt <input type="checkbox"/>		
ICD <input type="checkbox"/>	PCI <input type="checkbox"/>	CABG <input type="checkbox"/>	Anden operation/ behandling <input type="checkbox"/>	Angiv:
Dato:	Dato:	Dato:	Dato:	
<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Myokardieinfarkt <input type="checkbox"/> Atrieflimren <input type="checkbox"/> Hjertesvigt <input type="checkbox"/> Anden hjertesygdom (angiv hvilken): _____		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> KOL <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Kronisk nyresygdom <input type="checkbox"/> Anden sygdom (angiv hvilken): _____		

Patienten er set og vurderet af undertegnede:

Dato

Læge: Navn og
underskrift

Stempel/ydernr./afdeling