

# Synsrehabilitering

Dato \_\_\_\_\_

## 1. Opplysninger om pasienten

Etternavn		Fornavn		Fødselsnr. (11 siffer)		
Adresse		Postnr.	Poststed	Bostedskommune	Telefon	
Fastlege		<input type="checkbox"/> Trenger tegnspråktolk		<input type="checkbox"/> Trenger språktolk		
<input type="checkbox"/> Tildelt koordinator/IP i kommunehelsetjenesten		<input type="checkbox"/> Tildelt koordinator/IP i spesialisthelsetjenesten				
<b>Pårørende</b>						
Navn		Adresse		Postnr	Poststed	Telefonnr.

## 2. Kartlegging

Øyediagnose
Systemisk diagnose
<b>Pasientkategori</b> <input type="checkbox"/> A - Barn/ungdom under 18 år <input type="checkbox"/> B - Yrkesaktiv alder <input type="checkbox"/> C > 67 år
<b>Inklusjonskriterier synsrehabilitering</b> <input type="checkbox"/> A: Synssvekkelse ifølge WHO's kriterier (ICD-10) <input type="checkbox"/> B: Ikke synssvekkelse i følge WHO's kriterier (ICD-10), men har behov for synsrehabilitering (ICF)
<b>Har pasienten behov for koordinator eller individuell plan?</b>

## 3. Synsfunksjon

	Høyre øye	Venstre øye
<b>Visus (beste korrigert)</b>		
<b>Brillekorleksjon</b>		
<b>Synsfelt</b>	Kommentar	Kommentar
<b>Øyemotoriske vansker</b> <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Samsynsvansker <input type="checkbox"/> Blikkparese <input type="checkbox"/> Forstyrrelser konvergens/akkomodasjon <input type="checkbox"/> Annet		
<b>Tilleggsvansker</b> <input type="checkbox"/> Bevegelsesproblem <input type="checkbox"/> Hørselsvansker <input type="checkbox"/> Kognitive vansker		
<b>Opplysninger for ekstern henvisning</b>		

#### 4. Aktuelle samarbeidspartnere for henvisning

<b>FOR PASIENTER SOM TILHØRER INKLUSJONSKRITERIUM A (se side 1)</b> Følgende tre aktører aktuelle for henvisning. Det kreves da opplysninger fra lege og informert samtykke fra pasient.	
	Henvises
Syns- og audiopedagogisk tjeneste Hordaland (Sapt)	<input type="checkbox"/>
Synsrehabilitering ved Syn og mestringssenter	<input type="checkbox"/>
Statped Vest	<input type="checkbox"/>
<b>FOR PASIENTER SOM TILHØRER INKLUSJONSKRITERIUM B (se side 1)</b> Koordinerende enhet (KE) i pasientens hjemkommune kontaktes og gis melding om at pasienten trenger videre oppfølging. Kommunen vurderer så behov for synshjelpemiddel, kontakt med synspedagog etc.	
Koordinerende enhet i kommunene (KE)	Henvises <input type="checkbox"/>
<b>AKTUELLE AKTØRER FOR PASIENTER TILHØRENDE BÅDE INKLUSJONSKRITERIUM A og B:</b>	
Veiledningssamtale ved rehabiliteringsavdelingen ved Norges Blindforbund.	Info gitt <input type="checkbox"/>
Koordinerende enhet (KE) skal følge opp de som trenger kommunale tjenester og skal alltid ha melding om personer som er henvist til synsrehabilitering.	<input checked="" type="checkbox"/>
Pasienten samtykker til at helseopplysninger videresendes i forbindelse med henvisning til synsrehabilitering utenfor sykehuset. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Signeres av lege	