

Tilvising til rehabiliteringsopphald

1.1 Namn:		1.2 Personnummer:	
1.3 Adresse:			
1.4 Postnummer:		1.5 Poststad:	
2.0 Ev. ønske om institusjonen:		3.0 Yrkes-/krigsskade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
4.0 Hovuddiagnose (årsaka til opphaldet):		4.1 Kode <input type="checkbox"/> ICD10 <input type="checkbox"/> ICPC-2:	
4.2 Bidiagnosar (som er viktige for opphaldet):			
5.0 Pasientens mål for opphaldet:			
5.1 Sjukehistorie (kliniske funn, svar på utgreiingar med vekt på tilstanden som fører til innlegging, informasjon om problem med rus og/eller psykisk helse som institusjonen bør kjenne til)*:			
5.2 Føreskrivne medikament (spesielt smertestillande)*:			
5.3 Varigheit av tilstand: Akutt (oppgi skade-/operasjonsdato): Kronisk (oppgi omtrentleg tidspunkt for symptomdebut):			
5.4 Kryss av område der sjukdom eller skade bidreg vesentleg til å svekke personens funksjon i det daglege (set eitt eller fleire kryss):			
<input type="checkbox"/> Mentale/kognitive funksjonar	<input type="checkbox"/> Respirasjon	<input type="checkbox"/> Ledd og knoklar	
<input type="checkbox"/> Sansefunksjonar	<input type="checkbox"/> Fysisk kondisjon	<input type="checkbox"/> Muskulatur	
<input type="checkbox"/> Smerteplager	<input type="checkbox"/> Fordøying og stoffskifte	<input type="checkbox"/> Bevegelsesapparatet	
<input type="checkbox"/> Kretsløp (hjarte/blodkar)	<input type="checkbox"/> Urinvegane	<input type="checkbox"/> Anna*	
5.5 Oppgi personens behov for personhjelp i samband med:			
▪ Eting	<input type="checkbox"/> Sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Delvis sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengande
▪ Vask og påkleding	<input type="checkbox"/> Sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Delvis sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengande
▪ Forflytting	<input type="checkbox"/> Sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Delvis sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengande
▪ Toalettbesøk	<input type="checkbox"/> Sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Delvis sjølvhjelp	<input type="checkbox"/> Hjelpetrengande
Mobilitet innandørs			
▪ Ved gangfunksjon	<input type="checkbox"/> Gang utan hjelpemiddel	<input type="checkbox"/> Gang med krykker	<input type="checkbox"/> Gang med rullator
▪ Ved bruk av rullestol	<input type="checkbox"/> Rullestol, køyrer sjølv	<input type="checkbox"/> Rullestol, med hjelp	<input type="checkbox"/> Elektrisk rullestol
Anna hjelpebehov*:			
5.6 Arbeid og utdanning			
<input type="checkbox"/> Pensjonist/uføretrygda	<input type="checkbox"/> Sjukmeld/attføring/rehabiliteringspengar	<input type="checkbox"/> Sosial stønad	
<input type="checkbox"/> Yrkesaktiv	<input type="checkbox"/> Under utdanning	<input type="checkbox"/> Anna	
5.7 Er tilstanden vurdert av spesialist? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei (legg ved kopi av notat)			
Er pasienten vurdert m.o.t. rettsstatus? <input type="checkbox"/> Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp <input type="checkbox"/> Pasienten har rett til anna helsehjelp <input type="checkbox"/> Pasienten er ikkje vurdert			
5.8 Er behandling i kommunehelsetenesta eit alternativ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Viss nei, oppgi den viktigaste årsaka:			
5.9 Har liknande behandling vore gitt tidlegare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Viss ja, oppgi institusjon og årstal:			
6.0 Vurdering frå tilvisande lege:		Motivasjon for rehabilitering: Svært god <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dårleg	
Tilrådd ventetid:		Kort <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lang	
6.1 Tilvisande instans:			
<input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Privatpraktiserande spesialist <input type="checkbox"/> Sjukehusavdeling <input type="checkbox"/> Sjukehuspoliklinikk <input type="checkbox"/> Annan lege			
Namnet på pasientens fastlege dersom annan tilvisande instans:			
Stad/dato		Legens namn/spesialitet/signatur	
Informasjon om tilbodet ved rehabiliteringsinstitusjonane er å finne på www.helse-vest.no/rehabilitering eller på grønt nummer 800 30 061. Send tilvisingsskjemaet til: Regional vurderingseining for rehabilitering, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Østre Nesttunvei 2, 5221 Nesttun			

* Skal utdypast i eige vedlegg

Rettleiing til utfylling av skjemaet «Tilvising til rehabiliteringsopphald»

1.1–1.5 Kontroller at namn og adresse er korrekt og oppdatert. Personnummer er nødvendig for å kunne handtere tilvisinga administrativt.

2.0 I dette feltet kan ein oppgi ønske om opphald ved ein bestemt institusjon. Det er likevel ikkje sikkert at ein kan få tilbod om opphald ved denne institusjonen – i så fall vil det bli meldt tilbake.

Send tilvisingsskjemaet til: Regional vurderingsseining for rehabilitering, Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, Østre Nesttunvei 2, 5221 Nesttun. For oversikt over institusjonane og tilbodet, sjå www.helse-vest.no eller ring grønt nummer 800 30 061.

3.0 Kryss av for eventuell yrkes-/krigsskade.

4.0–4.2 Oppgi diagnose og eventuelle relevante bidiagnosar som er viktige for opphaldet.

5.0 **Formål med opphaldet er viktig for å kunne vurdere tilvisinga.** Det bør helst vere eitt overordna konkret mål, eventuelt fleire dersom det er relevant.

5.1–5.3 Sjukehistorie kan leggjast ved i eige brev eller i form av kopi av relevante epikrisar/notat. Oppgi kva medikament personen nyttar, også medikasjon ved behov. Ein bør òg oppgi eventuelle alvorlege allergiar under dette punktet. Bruk eventuelt brev. Oppgi kor lenge tilstanden har vart, eventuelt omtrentleg start for symptomdebuten ved kroniske tilstandar. Årstal, eventuelt med opplysning om månad, er nok.

5.4 Oppgi område med vesentlege funksjonsutfall. Nemningane er frå ICF (International Classification of Function). Sjå www.rehabinfo.no for informasjon om ICF.

5.5 Oppgi om personen treng fysisk assistanse i samband med desse oppgåvene:

- Når maten er ferdig laga til, treng personen hjelp med å ete og drikke i løpet av måltidet?
- Treng personen hjelp til å vaske, skylje og tørke kroppen? Treng personen hjelp til å kle på og av seg?
- Treng personen hjelp til å flytte seg til og frå seng til stol eller rullestol? Eller hjelp til å flytte seg frå toalett eller dusjsete?
- Treng personen hjelp i samband med toalettbesøk?
- Treng personen hjelp for å ta seg fram gåande eller i rullestol minst 50 meter?
- Anna hjelpebehov: Til dømes hjelp i samband med inkontinens, sårstell og liknande eller rettleiing på grunn av kognitiv svikt.

Grad av hjelpebehov blir vurdert slik:

1. **Sjølvhjelpt** (ev. med hjelpemiddel)

2. **Delvis sjølvhjelpt:** Treng personen berre tilsyn, rettleiing, oppfordring eller hjelp til å setje på ortose eller tilrettelegging (til dømes finne fram utstyr, setje på skjener/korsett, klede og liknande). Eventuelt om personen i tillegg berre treng tilfeldig hjelp (til dømes ta på sko, sokkar, knappar/glidelås og liknande).

3. **Hjelpetrengande:** Personen treng assistanse med det meste av aktiviteten, og hjelpar er nødvendig.

5.6 Arbeid og utdanningsstatus på grunnlag av situasjonen dei siste vekene.

5.8 Oppgi kvifor behandling i kommunehelsetenesta ikkje er noko alternativ (tilgjengelegheit, behov for intensitet eller liknande).

5.9 Oppgi eventuell erfaring med tidlegare behandling ved rehabiliteringsinstitusjon.

6.0 Motivasjon og tilrådd ventetid er nødvendig for rett prioritering av tilvisinga.

6.1–6.3 Det er nok at informasjonen om tilvisande lege kjem fram i vedlagt brev.