

LÄKARINTYG
för rehabilitering utomlands

Ifylls med skrivmaskin eller textas
Bifogas "ANSÖKAN om rehabilitering utomlands"

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn

Telefon (även riktnr) Telefax (även riktnr)

Hudsjukdom - Psoriasis

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Sjukdomshistoria, årtal, debut, förlopp, aktuell problematik, psykiska faktorer

Längd, cm Vikt, kg

Aktuell psoriasisbehandling

Annan medikamentell behandling (preparat och dos): Överkänslighet/Varning

Mål för rehabiliteringen

Tidigare rehabilitering utomlands År

Ja Nej

Anläggning

Indikation för rehabilitering utomlands är

tungt vägande rimlig tveksam på patientens begäran

Patienten bedöms kunna medverka

mycket aktivt aktivt passivt

Tidigare behandling med

UVB PUVA Neotig/Tigason

Methotrexat Sandimmun TNF- α hämmare

Andra biologiska preparat

Hudschema

Hö sida Vä sida Vä sida Hö sida

Exempel

Patienten blir bättre vid sol

Regelbundet Ibland Ej bättre Sämre

Patienten blir bättre vid UVB-behandling

Regelbundet Ibland Ej bättre Sämre

Hudtyp

Alltid bränd, aldrig brun Alltid bränd, något pigmenterad

Av och till bränd, blir relativt brun Aldrig bränd, alltid brun

Allergier (mediciner, födoämnen, annat)

Missbruksproblem (alkohol, mediciner, narkotika)

Ja Nej

Om ja, kommentar

Har patienten någon smittsam (anmälningspliktig) sjukdom

Ja Nej

Om ja, vilken

Tilläggsjukdomar	Ja	Nej	Om ja, önskas mer information
Hudcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasisartrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt rörelseförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra sjukdomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hudförändringarnas utbredning vid undersökningstillfället ifylls så noggrant som möjligt. Markera/Skugga (ej kryss eller cirklar) med svart penna.

Markera (om möjligt) med ring grad av	utbredning	rodnad	infiltration	fjällning
Huvud	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Bål	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Övre extremiteter	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Nedre extremiteter	0 1 2 3 4 5 6	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

PASI:

Behandlingsperioden innebär tre veckor med daglig solbehandling (upp till 7 timmar). Har patienten fysiska/psykiska förutsättningar och motivation att delta?

Ja Nej

Övrigt

Härmed intygas att patienten är lämplig för rehabilitering utomlands

Datum och namnteckning

BESLUT Landstingets uttagningssläkare Bifall Avslag

Datum och namnteckning

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Telefon (även riktnr) Telefax (även riktnr)

Telefon (även riktnr) Telefax (även riktnr)