

Rehabiliteringsprogrammet består av fem träningsdagar per vecka, minst fyra träningstillfällen per dag, varav minst ett tillfälle är individuellt.

Föreläsningar och informationsmöten hålls på eftermiddagar och kvällar. Tränings- och behandlingstillfällen, föreläsningar och informationsmöten är obligatoriska.

Remitterande enhet	Personnummer
Adress	Namn
Postadress	Adress
Telefon/mobil	Postadress
	Telefon/mobil

Diagnos + ICD10

Nuvarande och tidigare sjukdomar

Har patienten någon sjukdom/symtom som bedöms kunna utgöra ett hinder för rehabilitering?

Ja

Nej

Om Ja, vad?

Mål/syfte med rehabiliteringen?

Namn	Personnummer
-------------	---------------------

Vilka rehabiliteringsinsatser har givits på hemorten (sjukgymnastik, arbetsterapi med mera).

Planering efter genomfört rehabiliteringsprogram.
Hur kommer patienten att följas upp?
Vem kommer att följa upp patienten?

Indikation för en intensiv rehabiliteringsperiod bedöms som:

Tungt vägande Rimlig Tveksam

Föreligger kända problem med?		
Alkohol	Ja	Nej
Läkemedel	Ja	Nej
Droger	Ja	Nej

FUNKTIONSTILLSTÅND			
Hjärtsjukdom	Ja	Nej	
Lungsjukdom	Ja	Nej	
Spirometri FEV			
Om respiratorisk insufficiens senaste	pO2	pCO2	POX
Överkänslighet/allergi (om Ja, ange vad)	Ja	Nej	
Ofta urinvägsinfektion	Ja	Nej	
Infektionskänslighet	Ja	Nej	
Synfältsbortfall	Ja	Nej	
Neglekt	Ja	Nej	
Talsvårigheter	Ja	Nej	
Sväljningssvårigheter	Ja	Nej	
Behov av logoped under vistelsen	Ja	Nej	
PEG	Ja	Nej	
Trycksår (om Ja, ange var)	Ja	Nej	

Namn	Personnummer
-------------	---------------------

PSYKISKT TILLSTÅND		
Kognitiva problem	Ja	Nej
Depression	Ja	Nej
Extrem trötthet	Ja	Nej
Initiativlöshet	Ja	Nej

RÖRELSEHINDER					
Höger arm	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Spasticitet
Vänster arm	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Spasticitet
Höger ben	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Spasticitet
Vänster ben	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Spasticitet
Ataxi	Inga	Lätta	Måttliga	Uttalade	Spasticitet

Botox eller spasticitetsreducerande behandling	Ja	Nej
Om Ja. När senast	När nästa	

AKTIVITET OCH DELAKTIGHET		
Bedöms patienten kunna medverka aktivt i gruppträning?	Ja	Nej
Bedöms patienten kunna tillgodogöra sig rehabiliteringen?	Ja	Nej

Övrigt

Underskrift av remitterande läkare	Namnförtydligande
Datum	