

LÄKARINTYG för rehabilitering utomlands

Ifylls med skrivmaskin eller textas

Hudsjukdom - Psoriasis

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn

Telefon (även riktnr) Telefax (även riktnr)

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

Ja Nej

År

Anläggning

Indikation för rehabilitering utomlands är

tungt vägande rimlig tveksam på patientens begäran

Patienten bedöms kunna medverka

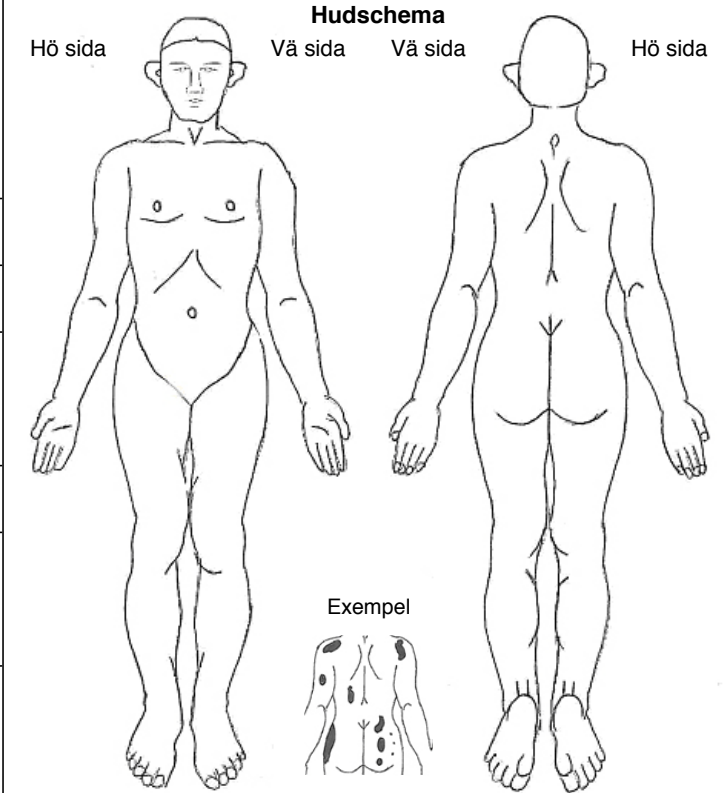
mycket aktivt aktivt passivt

Tidigare behandling med

UVB PUVA Neotig/Tigason

Methotrexat Sandimmun TNF- α hämmare

Andra biologiska preparat



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

Namnförtydligande

Telefon (även riktnr) Telefax (även riktnr)