

Personnr

Namn

Adress

Mobilnr

Inrättning, klinik, avd/mottagn, vårdcentral, privatmottagn

Telefon (även riktnr)

Telefax (även riktnr)

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

Anläggning

Ja Nej

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-å hammare

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

Hjärtsjukdom

Hypertoni

Diabetes mellitus

Psoriasisartrit

Nedsatt rörelseförmåga

Psykiska sjukdomar

Andra sjukdomar

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

Markera (om möjligt)

med ring grad avutbredning

	grad avutbredning						rodnad				infiltration				fjällning															
	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4								
Huvud																														
Bål																														
Övre extremiteter																														
Nedre extremiteter																														

VAS:

DLQI:

PASI:

Övrigt

Härmed intygas att patienten är lämplig för rehabilitering utomlands

Datum och namnteckning

Namnförtydligande

Telefon (även riktnr)

Telefax (även riktnr)

Ifylls av läkare och postas tillsammans med "ansökningsblankett" som fylls i av patient.

Läkarintyg och ansökningsblankett postas till följande adress:

Förbundet Ung med psoriasis
Järnvägsgatan 36
131 54 Nacka