

Henvisningsskabelon til rygkirurgi

v3-0

1. Udfyld skabelonen elektronisk på www.rh.dk/henvisninger
2. Kopier oplægget over i den elektroniske henvisning (eks. i anamnesefeltet)
3. Send henvisningen til afdelingskode 130125. (25.; 1301) - eller via CVI

Afsenders navn _____	<input type="checkbox"/> Henviser er sygehusafdeling
Afsenders tlf. _____	Sygehus _____ Afdeling _____
Afsenders fax _____	
Henvisningsårsag	<input type="checkbox"/> Henviser er praktiserende læge
<input type="radio"/> Tumorer/metastaser (1)	Adr. _____
<input type="radio"/> Frakturer (2)	Postnr. _____ By _____
<input type="radio"/> Deformitet (eks. Scoliose) (3)	
<input type="radio"/> Infektioner (eks. Spondylit)	
<input type="radio"/> Spondylolistese	
Andet: _____	

(1) Ved tumorer/metastaser oplyses følgende:

Har pt. en primær cancer? Ja Nej

Har pt. en intraspinal tumor? Ja Nej
(eks. Neurinom/Schwannom)

(2) Ved frakturer oplyses følgende:

Cervical fraktur <input type="checkbox"/>	Neurologisk påvirkning
Thoracal fraktur <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Ingen <input type="radio"/> Sphincter-påvirkning
Lumbal fraktur <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Pareser <input type="radio"/> Andet: _____

(3) Ved deformitet oplyses følgende:

Neuromuskulær Kongenit <input type="checkbox"/>	Operationssequelae <input type="checkbox"/>	Idiopatisk <input type="checkbox"/>
	Fraktursequelae <input type="checkbox"/>	

Kort relevant anamnese, inkl. objektive fund _____

Diagnostiske undersøgelser (angiv dato for seneste undersøgelse og hospital hvor gennemført)

MR _____ / ____ - 20 ____	CT _____ / ____ - 20 ____
ERCP _____ / ____ - 20 ____	PET _____ / ____ - 20 ____
Røntgen _____ / ____ - 20 ____	PET-CT _____ / ____ - 20 ____
Er billeder overført eller sendt? <input type="radio"/> Ja - via PACS	Er beskrivelser sendt? <input type="radio"/> Ja - til fax (3545 2165)
<input type="radio"/> Ja - som vedhæftet fil	<input type="radio"/> Ja - som vedhæftet fil
<input type="radio"/> Delvist	<input type="radio"/> Nej
<input type="radio"/> Nej	Andet: _____
Andet: _____	

Evt. kommentarer til diagnostiske undersøgelser _____

Komorbiditet (vælg type)

Ingen <input type="checkbox"/>	Parkinson <input type="checkbox"/>	Cerebral parese <input type="checkbox"/>
Hjertesygdom <input type="checkbox"/>	Hypertension <input type="checkbox"/>	Nyreinsufficiens <input type="checkbox"/>
KOL <input type="checkbox"/>	Kronisk leversygdom <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>
Rheumatoid artrit <input type="checkbox"/>	Syndrom _____	
	Andet _____	

WHO performance status

- 0 - Pt. er symptomfri. Fuldt aktiv som før sygdom
- 1 - Pt. har symptomer. Kan ikke udføre tungt fysisk arbejde, men alt andet
- 2 - Pt. har symptomer. Oppegående mere end halvdelen af dagen og selvhjulpent, men ude af stand til at udføre fysisk arbejde
- 3 - Pt. har symptomer. I seng eller siddende i stol mere end halvdelen af dagen og har brug for hjælp til at klare sig selv
- 4 - Bundet til seng eller stol og har brug for hjælp til alt

Kan pt. klare et stort kirurgisk indgreb? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ved ikke	Har pt. behov for tolk? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Pt. får blodfortyndende medicin <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	Hvis ja, kun kvindelig tolk? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Hvis ja, præparat _____	Hvis ja, sprog? _____
Henvises pt. fra Grønland? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	
Hvis ja, pt. navn _____	
og pt. CPR nr. _____	