

Søknadsskjema - Behandlingsreise for barn/ungdom med kronisk lungesykdom og /eller atopisk eksem

Side 1 og 2 fylles ut av barnets foresatte / ungdommen, side 3 fylles ut av barnets/ ungdommens lege. Feltene for barnets aktuelle sykdom fylles ut. **Viktig!** For at et eventuelt behandlingsopphold for barnet/ ungdommen skal kunne vurderes ift. barnets medisinske tilstand, ber vi om at alle spørsmål besvares så godt som mulig.

Søkers navn.		Fødselsnr (11 siffer):	
Adresse:		Telefon nr til foresatte (privat / mobil / jobb):	
Postnummer/ Poststed:		Fylke:	NAV -trygdkontor:
Ledsagers navn (kun barnegruppe):		Ledsagers fødsel dato/år:	
Har ledsager problemer med rusmidler <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		Ledsagers relasjon til barnet (mor, far, annet):	
Foresattes navn:		Barnet/ ungdommens klassetrinn ved søknad:	
Foresattes sosiale situasjon: gift <input type="checkbox"/> skilt <input type="checkbox"/> enslig <input type="checkbox"/> samboer <input type="checkbox"/>			
Foresattes yrke Uføretrygdet <input type="checkbox"/>			
Pårørende i Norge som kan kontaktes under oppholdet (navn/relasjon):		Telefon pårørende (privat / mobil / jobb):	
		E-postadresse til pårørende:	
Spesielle sosiale forhold:			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja beskriv kort:			
Tilleggssykdommer:		Allergier:	
Bruker barnet/ ungdommen diett p.g.a. allergier? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvilken mat unngår barnet/ ungdommen?:		Innleggelse på sykehus siste året: Eventuelt når og hvor:	
		Eventuelt hvorfor:	
Har søker vært på Geilomo /Voksentoppen tidligere? Når?		Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har barnet/ungdommen søkt behandlingsreise tidligere? Når?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har søker deltatt på behandlingsreise tidligere? Når?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utbytte av oppholdet: <input type="checkbox"/> godt <input type="checkbox"/> middels <input type="checkbox"/> dårlig			
Sykdom og diagnose		Er det andre opplysninger du mener det er viktig at Behandlingsreiser får kjennskap til og som har betydning for et vellykket opphold?	
<input type="checkbox"/> Cystisk fibrose <input type="checkbox"/> BPD <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Atopisk eksem <input type="checkbox"/> Elveblest			
<input type="checkbox"/> Høysnue <input type="checkbox"/> Annet Beskriv:			
Beskrivelse av barnet/ ungdommens situasjon og spesielle behov (CPAP, RMT- maske etc):			

Søkers navn:	Fødselsnr (11 siffer):
--------------	------------------------

Astma: (fylles kun ut av søkere med astma)
iår. Antall sykehusinnleggelses /legevakt siste året:Behandlernde lege:.....
Lokal sykehus:
Daglig medisinerig (skriv prep.navn):

Store plager: <input type="checkbox"/> sommer <input type="checkbox"/> høst <input type="checkbox"/> vinter <input type="checkbox"/> vår	Hvor ofte plager: <input type="checkbox"/> Nesten daglig <input type="checkbox"/> Ukentlig <input type="checkbox"/> Månedlig <input type="checkbox"/> Hvert halvår <input type="checkbox"/> Sjeldnere
---	---

Kronisk lungesykdom (Cystisk fibrose, BPD eller andre): iår.
Lungedrenasje: Hvor ofte per dag Bruker maske (RMT)? ja nei
Har søker ofte infeksjoner som krever antibiotikabehandling? ja nei
Siste gang antibiotika behandling:
Daglig medisinerig (skriv prep. navn):

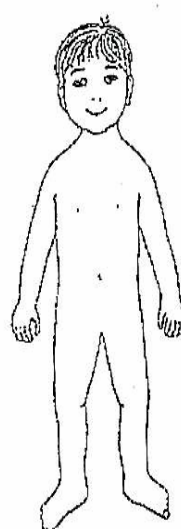
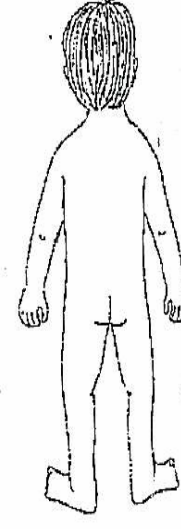
Atopisk eksem: (fylles ut for søkere med atopisk eksem). Her benyttes en tallskala (skår) fra 0-5. Tegn inn på figurene hvor eksemet er nå

Skår	OMFANG (utbredelse)	Skår	HISSIGHET (inflammasjon)
0 =	Normal, fin hud	0 =	Normal, fin hud
1 =	Bare litt	1 =	Tørr hud
2 =	Ganske mye	2 =	Røde eksemflekker, ikke hissig
3 =	Mye	3 =	Hissig rødt med kløe punkter
4 =	Utbredt	4 =	Åpne sår med kløe – punkter, åpne sprekker
5 =	Hele hudområdet	5 =	Væskende sår, skorpe Hissige flekker, puss

Store plager:
 sommer høst
 vinter vår

Hvor på kroppen finnes eksem?

Ansikt	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>
Nakke	<input type="checkbox"/>
Bryst	<input type="checkbox"/>
Rygg	<input type="checkbox"/>
Hender	<input type="checkbox"/>
Ben	<input type="checkbox"/>
Armer	<input type="checkbox"/>

Atopisk eksem iår
Forverrende årsaker:
Kremer, salver etc i vanlig bruk:

Ring nøyaktig rundt aktuell skår:

Skår	Kløe i dag	Skår	Forstyrret nattesøvn pga eksemet i dag
0 =	Ikke noe	0 =	Sovet hele natten
1 =	Litt småkløe, kloring av og til	1 =	Noe uro
2 =	Klør seg hver dag/ natt	2 =	Våknet en gang
3 =	Ganske mye kløe på dagtid	3 =	Våknet flere ganger
4 =	Mye kløe hver dag/natt	4 =	Våken i timevis
5 =	VELDIG mye kløe dag og natt	5 =	Mer enn skår 4

Dato: _____

_____ Søkers underskrift	_____ Foresattes underskrift
-----------------------------	---------------------------------

Legesøknad

Behandlingsreise for barn/ungdom med kronisk lungesykdom og / eller atopisk eksem

Vi ber om at følgende spørsmål besvares av innsøkende lege. Ufullstendige søknader vil ikke bli vurdert.

Søkers navn:	Fødselsnummer:
Diagnose:	Søkers alder ved diagnose, samt diagnosested:
Tidspunkt for siste konsultasjon ved barneavdeling:	
Tilleggssykdommer:	
Allergier:	Medikamenter:
Legeopplysninger: (beskriv barnet/ ungdommens totalsituasjon) Astma grad etc:	
Utløsende årsaker /faktorer:	
Behandlingsopphold vil innebære 4 uker med sykdomsvurdering, medikament justeringer og daglig undervisning om sykdommen. I hvilken grad vurderer du at søker (og ledsager) har fysiske/ psykiske forutsetninger for å delta i et slikt behandlingsopplegg? I stor grad <input type="checkbox"/> I middels grad <input type="checkbox"/> I liten grad <input type="checkbox"/> Ikke utbytte <input type="checkbox"/> Spesifiser:	
Andre opplysninger som kan ha betydning for behandlingsoppholdet:	
Innsøkende lege, navn og adresse:	Telefon innsøkende lege:
Kopi av aktuell epikrise/notat fra barnelege eller andre spesialister må vedlegges søknaden. Egensøknad og legesøknad sendes samlet til Behandlingsreiser innen søknadsfristen.	
Prioriteres søker: <input type="checkbox"/> høyt <input type="checkbox"/> middels <input type="checkbox"/> lavt	
Dato: Legens sign. og stempel:.....	
Prioriteres av lokal uttaksnemnd som nr:	
Dato: Underskrift og stempel:	
Søknaden med kopi av epikriser sendes til: Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo	