

EGENSØKNAD –

Til Behandlingsreiser for brukere med psoriasis

Side 1 og 2 fylles ut av søker, side 3 og 4 fylles ut av søkers lege. Viktig! For at et eventuelt behandlingsopphold for søker skal kunne vurderes best mulig, ber vi om at alle spørsmål besvares så godt som mulig.

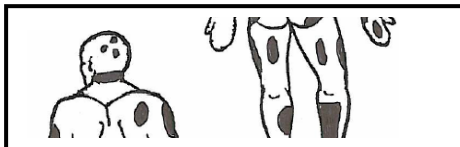
Søkers navn:		Fødselsnr (11 siffer):
Postadresse:		Søkers E-postadresse:
Postnummer	Poststed	Telefon (privat / mobil / jobb):
Pårørende som kan treffes under oppholdet (navn):		Telefon pårørende:
E-postadresse til pårørende:		NAV trygd kontor:
		Røyker <input type="checkbox"/> Ikke røyker <input type="checkbox"/>
Fastlege:	Leges adresse:	Leges telefonnummer:
Er du i arbeid? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ja Nei	Uførepensjon/stønad <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/>
Yrke:		Pensjonist <input type="checkbox"/> Attføring <input type="checkbox"/>
Har du søkt behandlingsreise i psoriasisprogrammet tidligere?		
Når hadde du evt. din siste behandlingsreise i psoriasisprogrammet?		
Når hadde du evt. din siste behandlingsreise i revmaprogrammet?		
Hvilke medisiner og salver bruker du regelmessig i dag?		
<p>Behandlingsoppholdet innebærer tre uker med daglig soling, trening og regelmessig undervisning. Dette vil gi deg muligheter for å lære mer om sykdommen spesielt og mulighet for å ta vare på og utvikle bedre helse generelt. Hva vil du fokusere på når det gjelder din egen helse disse ukene? Kryss av:</p>		
Røykestoppkurs <input type="checkbox"/>		Forbedre mitt kosthold <input type="checkbox"/>
Innarbeide regelmessige mosjonsvaner <input type="checkbox"/>		Forbedre kondisjon og utholdenhet <input type="checkbox"/>
Lære mer om sykdommen og behandling <input type="checkbox"/>		Vet ikke <input type="checkbox"/>

Søknadsskjema side 2 – EGENSØKNAD - Behandlingsreiser – psoriasis

Søkers navn:	Fødselsnr (11 nummer):
Har du noen tilleggssykdommer?	Er det andre opplysninger vi bør ta hensyn til for ditt behandlingsopphold?

Vi ønsker å vite hvor du har psoriasis, og hvor rødt, tykt og skjellaktig utslettet er. Dette for å ha best mulig mål på sykdomsaktiviteten ved søknad.

Eksempel på tegning:



1. Marker / skyggelegg (ikke kryss eller sirkler) på kroppstegningen med svart tusj / penn eksakt hvor du har psoriasis utslett i dag.

2. Hvor rødt er et av dine typiske psoriasisområder?
Plasser en strek på tvers av linjen

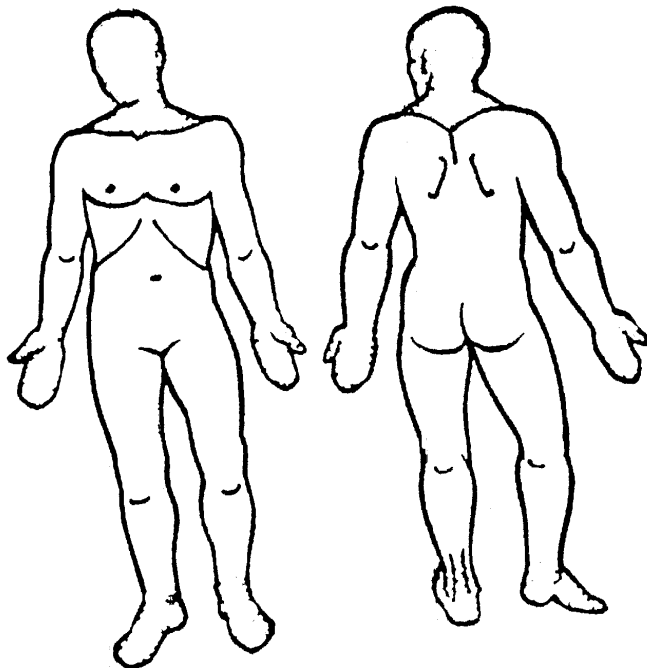
I-----I
 Ikke rødt i det hele tatt Svært rødt

3. Hvor tykt er et av dine typiske psoriasisområder?
Plasser en strek på tvers av linjen

I-----I
 Ikke tykt i det hele tatt Svært tykt

4. Hvor skjellaktig er et av dine typiske psoriasisområder?
Plasser en strek på tvers av linjen

I-----I
 Ikke skjellaktig i det hele tatt Svært skjellaktig



Høyde: _____ Vekt: _____

Vi gjør oppmerksom på at søknaden kun gjelder for tre måneder etter at søknaden er registrert og at det kun gis ett tilbud i året. Mulighet for endring av avreisetidspunkt er kun aktuelt ved medisinske indikasjoner, spesifisert i legeattest. Det er ikke anledning til å medbringe ledsager/ barn på behandlingsreise.

Er du inneforstått med at du deler leilighet med 1-2 medbrukere JA

Dato: / 20....

 Søkers underskrift:

LEGESØKNADSSKJEMA til behandlingsreise for brukere med psoriasis

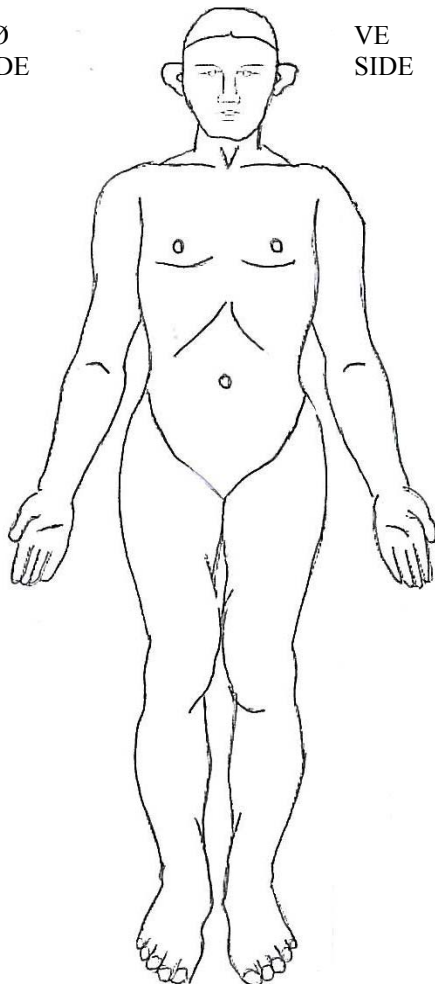
Søkers navn:	Fødselsnummer:																																				
Årstall for psoriasis debut:																																					
Vi ber om at følgende spørsmål besvares av innsøkende lege. Ufullstendige søknader vil ikke bli vurdert.																																					
Tilleggssykdommer:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nei</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Hvis ja spesifiser:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hudcancer (basalcelle -, plateepitelcancer, malignt melanom)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Hjertesykdom/ Hypertensjon</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Diabetes mellitus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Smittsom sykdom</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Psoriasisartritt (verifisert av revmatolog)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nedsatt beveglighet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Psykiske lidelser</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Andre sykdommer</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nei	Hvis ja spesifiser:	Hudcancer (basalcelle -, plateepitelcancer, malignt melanom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hjertesykdom/ Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Smittsom sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Psoriasisartritt (verifisert av revmatolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Nedsatt beveglighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Andre sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Ja	Nei	Hvis ja spesifiser:																																		
Hudcancer (basalcelle -, plateepitelcancer, malignt melanom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Hjertesykdom/ Hypertensjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Smittsom sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Psoriasisartritt (verifisert av revmatolog)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Nedsatt beveglighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Psykiske lidelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Andre sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____																																		
Behandlingsoppholdet innebærer tre uker med daglig solbehandling (opptil 7 timer), obligatorisk trening og gruppeundervisning. Vurderer du at søker har fysiske/ psykiske forutsetninger og motivasjon for å delta i dette behandlingsopplegget?																																					
Allergier (medisiner, matvarer, annet):																																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Har søker et kjent alkohol-, medikament- eller narkotikamisbruk?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			Ja	Nei	Har søker et kjent alkohol-, medikament- eller narkotikamisbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Ja	Nei																																			
Har søker et kjent alkohol-, medikament- eller narkotikamisbruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Tidligere behandling med: <input type="checkbox"/> UVB <input type="checkbox"/> PUVA <input type="checkbox"/> Neotig./Tigason <input type="checkbox"/> Methotrexat <input type="checkbox"/> Sandimmun <input type="checkbox"/> TNF- α hemmere <input type="checkbox"/> Andre biologiske prep.	Hudtype: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 1 Alltid brent, aldri brun</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 2 Alltid brent, pigmenterer noe</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 3 Av og til brent, blir relativt brun</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 4 Aldri brent, alltid brun</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Alltid brent, aldri brun	<input type="checkbox"/> 2 Alltid brent, pigmenterer noe	<input type="checkbox"/> 3 Av og til brent, blir relativt brun	<input type="checkbox"/> 4 Aldri brent, alltid brun																																
<input type="checkbox"/> 1 Alltid brent, aldri brun	<input type="checkbox"/> 2 Alltid brent, pigmenterer noe	<input type="checkbox"/> 3 Av og til brent, blir relativt brun	<input type="checkbox"/> 4 Aldri brent, alltid brun																																		
Pågående psoriasis behandling:	Annen pågående medikamentell behandling: Legens vurdering av indikasjon for klimabehandling: Lav/ Tvilsom <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Høy <input type="checkbox"/> Ev. kommentarer: _____																																				

HUDSKJEMA (fylles ut av henvisende lege)

Søkers navn:

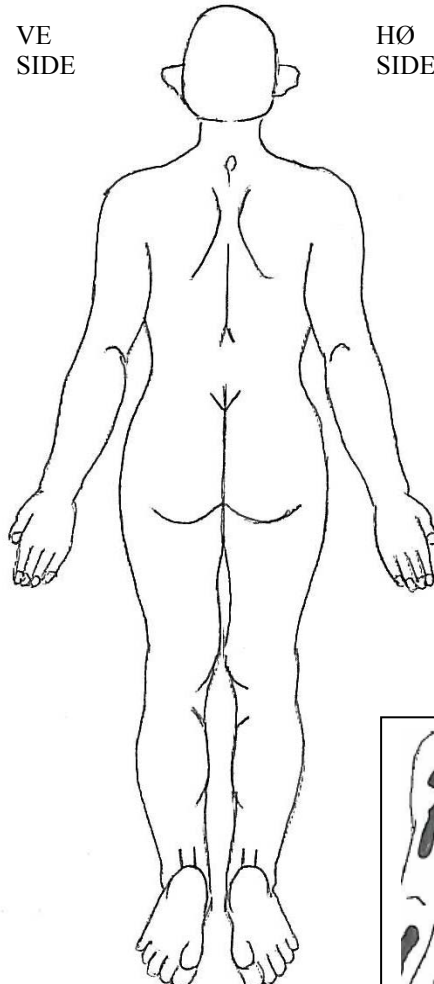
Fødselsnummer:

HØ
SIDE



VE
SIDE

VE
SIDE



HØ
SIDE

- Send **gjærne** med bilder av søkers utslett som beskriver best mulig utbredelse og utseende. Bildene må være oversiktsbilder, tatt forfra og bakfra + eventuelt nærbilder.
- Marker / skyggelegg (ikke kryss eller sirkler) på kroppstegningen med svart tusj / penn eksakt hvor søker har psoriasis utslett i dag.

Eksempel:



(Ring rundt grad)

Grad av erythem

Tykkelse av utslett

Skjelling

Hode

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

Trunkus

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

Overekstremiteter.

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

Underekstremiteter

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

0 1 2 3 4

Legens navn og adresse (bruk blokkbokstaver):

Postnr og sted:

Legens telefonnummer:

Dato: / 20....

Legens signatur og stempel

Før Behandlingsreiser:

Innvilget: Avslag:

Dato:.....

Kommentarer: Vurderingsansvarlige leges sign:

Egensøknad, legens søknadsskjema og hudskjema sendes samlet til: Rikshospitalet – Behandlingsreiser til utlandet - 0027 Oslo. Konvolutten merkes "Psoriasis"