

**HENVISNING TIL PALLIATIV BEHANDLING**

Henvisningen faxes til 55 97 93 99 Sunniva senter, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Ulriksdal 8, 5009 Bergen,

Alle henvisninger blir vurdert i forhold til rett omsorgsnivå. Henvisninger til de fire sengepostene behandles i vurderingsutvalget for palliative plasser i Bergensområdet.

Kryss av hvilket tilbud det primært søkes til:

Sunniva senter for lindrende behandling - sengepost   
- uteteam

Palliativ enhet (sengepost) ved Bergen Røde Kors Sykehjem (BRKS)

Lindrende enhet (sengepost), Askøy kommune

Intermediær avdeling med palliativ teneste (interkommunal), Fjell kommune

(Ring og meld pasienten til Intermediær avdeling, tlf 55 09 74 39)

**Til bruk for mottaker**

Dato

Henv.nr.

**Henvisninger fra fastlege og sykehjemslege kan skrives som brev, men må inneholde alle punkter nedenfor for å bli vurdert.**

1. Pasientens navn			F.nr	Tlf
Adresse			Boforhold	
Sivilstatus	Antall barn	Oppholdssted	NPR nr (for pasienter henvist fra HUS)	

**2. Pårørende, relasjon til pasienten**

Adresse	Tlf
---------	-----

**3. Henvissende lege**

Adresse	Tlf
---------	-----

Dato	Underskrift
------	-------------

**Pasienter innlagt ved Haukeland universitetssykehus:**

Pasienter fra Haukeland skal være vurdert av palliativt team ved Seksjon for smertebehandling og palliasjon før henvisning til vurderingsutvalget.

Pasienten er vurdert av palliativt team ved Seksjon for smertebehandling og palliasjon:  ja

4. Fastlege	Er fastlegen informert om at pas. henvises? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
-------------	---

Adresse	Tlf
---------	-----

5. Kontaktperson i PLOMS – adresse	Tlf
------------------------------------	-----

6. Andre samarbeidspartnere
-----------------------------

7. Hoveddiagnose	Diagnosetidspunkt
------------------	-------------------

8. Metastaselokalisasjon
--------------------------

9. Bidiagnoser	Diagnosetidspunkt
----------------	-------------------

10. ECOG/WHO-funksjonsskår, sett kryss			
0 – normal aktivitet, ingen symptomer	<input type="checkbox"/>	2 – holder sengen < 50 % av dagtid	<input type="checkbox"/>
1 – normal aktivitet, symptomer	<input type="checkbox"/>	3 – holder sengen > 50 % av dagtid	<input type="checkbox"/>
		4 – fullt sengeliggende eller pleietrengende	<input type="checkbox"/>

**11. Sykehistorie og aktuell utvikling**

(f.eks. symptomutvikling, tidligere behandling, hjelpebehov, pasientens mestringsmåte, nettverksutfordringer)

**12. Status presens**

Beskriv aktuelle symptomer og problemer (f.eks. smerte, kvalme, dyspne, delir, angst, kognitiv svikt)

Utfylt ESAS-skjema må legges ved for alle pasienter som er i stand til å fylle det ut.

Ved kognitiv svikt eller lignende som gjør at ESAS ikke kan fylles ut, må henvisende lege beskrive pasientens tilstand.

**13. Oppdatert medikamentliste**

**14. Aktuelle hjelpemidler og utstyr** (f.eks. pumpe til subkutan infusjon, SVK, Hickman-kateter, veneport, kateter til intratekal behandling)

**15. Grunn til henvisning – hva ønskes hjelp til.** Vær så konkret som mulig. Formuleringer som "trenger palliativ behandling" eller lignende er ikke tilstrekkelig. Spesifiser behovene i forhold til fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle utfordringer, f.eks. smerte- og symptomlindring, nettverk, pleiemessige utfordringer osv. Hastegrad bør angis.

## Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen slapphet (slapphet = mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen døsighet (døsighet = å føle seg søvning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ingen _____	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Annet problem (f.eks. forstoppelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Pasientens navn:

Dato:

Tidspunkt:

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell