Søknad om behandlingsreise til utlandet for voksne med langsomt progredierende amyotrofisk lateralsklerose ALS/PLS

Side 1 og 2 fylles ut av søker, side 3 av nevrolog. Søknadsfrist 15. oktober for reiser januar/februar/mars påfølgende år.

Alle felt må fylles ut for at søknaden skal bli behandlet

Søkers navn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Adresse: Postnummer/sted:	Kjønn: Kvinne ☐ Mann ☐
E-postadresse:	Mobil:
Fastlege (navn, adresse, telefon):	
Er du i arbeid? Ja ☐ Nei ☐	Kan du kommunisere på skandinavisk? Ja ☐ Nei ☐

Funksjonsnivå:

Kan du gå i trapper? Ja ☐ Nei ☐

Hvor langt kan du gå?

Har du behov for rullestol assistanse på flyplassene? Ja ☐ Nei ☐

Hvilke hjelpemidler bruker du:

	Ja	Nei	Medbringes	Medbringes ikke
Rullator/prekestol	☐	☐	☐	☐
Krykker/staver	☐	☐	☐	☐
CPAP/ BIPAP/ VPAP	☐	☐	☐	☐
Manuell rullestol	☐	☐	☐	☐
Manuell rullestol m/ hjelpemotor	☐	☐	☐	☐
Elektrisk rullestol	☐	☐	☐	☐

Vi gjør oppmerksom på at elektriske rullestoler/manuelle rullestoler med hjelpemotor **MÅ ha batteri som er godkjent for fly**.

Krysser du av for å medbringe rullestol **må** mål, vekt og batteritype oppgis:

Tørrcellebatteri ☐ Gelebatteri ☐ Lithiumbatteri ☐

v/lithiumbatteri må Volt og Ampere oppgis - Volt Ampere

Lengde Bredde Høyde Vekt

Hvis du medbringer rullestol, hva trenger du hjelp til? Hjelp frem

til utgangen til flyet (gaten) Ja ☐ Nei ☐

Hjelp frem til flydøra Ja ☐ Nei ☐

Hjelp frem til flysete Ja ☐ Nei ☐

Hjelpebehov under oppholdet i forbindelse med:

	Ja	Nei
Måltidene	☐	☐
Personlig hygiene	☐	☐
Av / påkledning	☐	☐
Forflytning	☐	☐

Andre hjelpebehov, spesifiser:

Vintersol har elektriske scootere for utlån. Utgifter til leie må du dekke selv. KUN ett kryss.

Må leie elektrisk scooter:
Ja ☐

Ønsker å leie elektrisk scooter:
Ja ☐

Har du noen andre sykdommer i tillegg til ALS? Hvis ja, hvilke:

Er du allergisk? Hvis ja, for hva:

Har du behov for diett? Hvis ja, hvilken?: Glutenfri ☐ Laktosefri ☐ Diabeteskost ☐
(Det er kun dietter av medisinsk årsak som tilbys)

På hvilken måte hemmes du av din sykdom?
Har du muskelsvakhet, spastisitet og/eller smerter i deler av kroppen? Hvor?
Strever du med pusteproblemer, svelgvansker, talevansker, tretthet?

Hva er din målsetning for behandlingsoppholdet?
Et behandlingsopphold vil innebære 2 aktive behandlinger daglig; individuell fysioterapi og bassengtrening. I tillegg gruppetreninger etter behov. Beskriv hva du har av evt. trenings- og fysioterapiprogram i dag og hva du forventer av et behandlingsopphold i utlandet?

Tillater du at det innhentes ytterligere medisinske opplysninger hvis dette er nødvendig ved behandling av søknaden din? Ja ☐ Nei ☐

Tidsperiode du **IKKE** kan reise

Dato: _____/_____20_____ _____
Søkers underskrift

Legeerklæring ved søknad om behandlingsreise til utlandet for pasienter med langsomt progredierende amyotrofisk lateralsklerose ALS/PLS

Må fylles ut av nevrolog

Navn på pasient:

Fødselsnummer:

Når og hvor ble diagnosen ALS satt? Hvilken type ALS? Epikrise må vedlegges.

Når og hvor var siste besøk hos nevrolog, evt. rehabiliteringsopphold? Epikrise må vedlegges.

Beskriv pasientens nåværende problemer: gjerne med en kraftvurdering av affisert muskulatur og om du vurderer tilstanden å være raskt eller langsomt progredierende?

Har pasienten lungeaffeksjon? Ja ☐ Nei ☐

Svelg/spiseproblemer? Ja ☐ Nei ☐

Taleproblemer? Ja ☐ Nei ☐

Hvis ja på noen av **ovennevnte**, vennligst legg **ved** relevante medisinske notater.

Stabil lungefunksjon? Ja ☐ Nei ☐

Resultat av siste lungefunksjonsvurdering må vedlegges - gjelder for samtlige søkere.

Medikamenter:

Vurdert/dato/signatur (utfylles av Behandlingsreiser)

Hjerte- eller karsykdom?
Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, spesifiser:

Andre kjente tilleggsdiagnoser?
Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, hvilke?

Kjente psykiske sykdommer (f.eks depresjon, angst, demens)
Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, spesifiser:

Kjent alkohol, narkotika eller medisin misbruk?
Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, spesifiser:

Har pasienten vært innlagt i sykehus det siste året?
Ja ☐ Nei ☐
Hvis ja, hvorfor?

Hvis ja på noen av **ovennevnte**, vennligst legg **ved** relevante medisinske notater.

Funksjonsvurdering:

Hvor langt kan pasienten gå?

	Ja	Nei
Kan gå trapper	☐	☐
Bruker krykker	☐	☐
Bruker rullator/prekestol	☐	☐
Bruker rullestol av og til	☐	alltid ☐

Har pasienten behov for ledsager Ja ☐ Nei ☐
Dette må dokumenteres i eget skriv.

Kan pasienten kommunisere på skandinavisk?
Ja ☐ Nei ☐

Blodtrykk Vekt Høyde

Vurderes en behandlingsreise inkl. 6 timers flytur forsvarlig i forhold til forventet sykdomsforløp
Ja ☐ Nei ☐

Legens navn / adresse

Dato / signatur / stempel

Søknaden med kopi av epikriser/medisinske notater sendes til: Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, PB 4950 Nydalen, 0424 OSLO.