

**Psoriasisbehandling i Island**

Fulde navn		CPR-nr. (skal udfyldes) 
Adresse (inkl. postnr. og by)		Telefonnr.
Kommune	Region	Patientens underskrift
Pårørendes navn, adresse, telefonnr.		
Egen læges navn og adresse		

**UDFYLDES AF HENVISENDE DERMATOLOG**

Udførlig indikation for behandlingsophold til brug for kautionerende myndighed

Fra hvilket tidspunkt er patienten klar til afrejse?	Dato:	Lægens stempel og underskrift
--	-------	-------------------------------

Kaution meddelt:

Patientens navn	CPR-nr.	Dermatologisk diagnose			
Debutalder	<b>Andre sygdomme (diagnoser)</b>				
Hospitalsindlagt <input type="checkbox"/> én gang <input type="checkbox"/> flere gange <input type="checkbox"/> sidst: _____	<b>Allergi</b>				
Bliver af sol- og havbad <input type="checkbox"/> bedre <input type="checkbox"/> uforandret <input type="checkbox"/> værre					
Tidligere behandlet i Island <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> sidst: _____	<b>Medicin herfor: (skal medbringes af pt. til 4 ugers forbrug)</b> Præparat: _____ Dosis: _____				
Behandlingsresultat <input type="checkbox"/> rimeligt <input type="checkbox"/> godt <input type="checkbox"/> særdeles godt					
Hvornår fik patienten recidiv efter opholdet?	<b>Behov for diæt</b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Hviken? <b>Medicinmisbrug</b> <b>Alkoholmisbrug</b> <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja				
Nuværende psoriasisudbrud <input type="checkbox"/> arme <input type="checkbox"/> ben <input type="checkbox"/> krop <input type="checkbox"/> ansigt <input type="checkbox"/> negle <input type="checkbox"/> hårbund					
For psoriasis: Hudforandringer ved undersøgelsen. Angiv evt. PASI-SCORE:					
HOVED:  KROP:  ARME:  BEN:					
Aktuel salvebehandling	<b>Andre problemer (f.eks. psykiske, sociale, fysiske hadicap)</b>				
Anden behandling af hudlidelsen	<b>Dato:</b> _____ <b>Lægens stempel og underskrift:</b> _____				
<b>Ledsymptomer</b>					
			smerter	ledsvulst	bevægelses- indskrækning
håndled			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fingerled			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
knæled			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoftaled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
fodled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
tåled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
andre led hvilke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		