

# HENVISNING TIL HYPERBAR OKSYGENBEHANDLING

**NUI AS**

Org nr: 912561585

Tel: 55 94 28 00

www.nui.no

hbo@nui.no

## Henvisende lege

Navn: \_\_\_\_\_  
 Arbeidssted: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Postnr/sted: \_\_\_\_\_  
 Tlf/Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 e-post: \_\_\_\_\_

## Pasientopplysninger

Personnr: \_\_\_\_\_  
 Navn: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Postnr/sted: \_\_\_\_\_  
 Tlf/mobil: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 e-post: \_\_\_\_\_

Intern referanse	
------------------	--

## Kortfattede kliniske opplysninger:

Utfyllende på neste side.

Vennligst besvar alle følgende spørsmål:

ABSOLUTE KONTRAIKASJONER	JA	NEI	ANDRE OPPLYSNINGER (for alle)	JA	NEI
<b>1</b> Ubehandlet pneumotoraks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>14</b> Har pasienten tannproblematikk? (kontrollert siste år)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Tidl. brudd eller mistenkt brudd i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>15</b> Har pasienten anemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELATIVE KONTRAIKASJONER	JA	NEI	<b>16</b> Er pasienten generelt lungesyk? (Dersom JA, trengs svar på rgtg toraks som ikke er eldre enn 3 mnd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Klaustrofobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>17</b> Har pasienten pacemaker/ICD?, hvis ja: Hvis JA, angi modell: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Psykosesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>18</b> Har pasienten implantater av noe slag? Hvis JA, tåler disse trykk til 2,8 bar/280 kPa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> Ikke evne til å utligne trykk i mellomøret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre opplysninger	JA	NEI
<b>6</b> Alvorlig KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>19</b> For pas med kroniske sår:	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt
<b>7</b> Graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Er det utført bakteriologisk dyrkning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> Brokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Forekomst av multiresistens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b> Tidligere pneumotoraks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Er det utført patologisk celleanalyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b> Pågående kjemoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Er det utført karkirurgisk utredning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b> Tidligere behandling med Bleomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>20</b> For pasienter med stråleskader:	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt
<b>12</b> Pågående behandling med Doxorubicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Er det utført kjevekirurgisk utredning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b> Manglende evne til å forstå og følge instruksjer (kontakt oss for mer informasjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>21</b> For pasienter med diabetes:		
			- Angi HbA1c: _____		

### KRITISK INFORMASJON

Allergi: \_\_\_\_\_

Annet: \_\_\_\_\_

## Henvisning må inneholde:

- Sykehistorie.
- Fast medikasjon.
- Aktuell sykehistorie med opplysning om utredning og behandling som er foretatt.
- Ved lungesjukdom / storrøyker / hyperinflaterte lunger på toraksbildet, trengs kopi av svar på spirometri ikke eldre enn 6 måneder.
- Ved alvorlig hjertesvikt trenger vi kopi av svar på ekko cor ikke eldre enn 6 måneder.

Dato:

---

Underskrift henvisende lege:

---

Stempel & ID-nr:

---

Send henvisningen til

NUI AS  
HBO  
Postboks 23 Ytre Laksevåg  
5848 BERGEN

Eventuelt e-post: [hbo@nui.no](mailto:hbo@nui.no)

*Stryk da alle personopplysninger fra henvisningen, og ring 55 94 28 00. Oppgi de nødvendige opplysninger.*