

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 KONTRAINDIKASJONER	JA	NEI
1 Ubehandlet pneumotoraks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Tidl. brudd eller mistenkt brudd i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RELATIVE KONTRAINDIKASJONER	JA	NEI
3 Klaustrofobi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Psykosesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ikke evne til å utligne trykk i mellomøret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Alvorlig KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Graviditet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Brokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Tidligere pneumotoraks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Pågående kjemoterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Tidligere behandling med Bleomycin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Pågående behandling med Doxorubicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Manglende evne til å forstå og følge instruksjer (kontakt oss for mer informasjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KRITISK INFORMASJON

Allergi: _____
Annet: _____

ANDRE OPPLYSNINGER (for alle)	JA	NEI
14 Har pasienten tannproblematikk? (kontrollert siste år)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Har pasienten anemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Er pasienten generelt lungesyk? (Dersom JA, trengs svar på rtg toraks som ikke er eldre enn 3 mnd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Har pasienten pacemaker/ICD?, hvis ja: Hvis JA, angi modell: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Har pasienten implantater av noe slag? Hvis JA, tåler disse trykk til 2,8 bar/280 kPa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre opplysninger	JA	NEI
19 For pas med kroniske sår: <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
- Er det utført bakteriologisk dyrkning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Forekomst av multiresistens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Er det utført patologisk celleanalyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Er det utført karkirurgisk utredning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 For pasienter med stråleskader: <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
- Er det utført kjevekirurgisk utredning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 For pasienter med diabetes: <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt		
- Angi HbA1c: _____		
22 MRSA mistanke? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Er det tatt MRSA prøver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Behandlet på sykehus eller gjennomgått omfattende legeundersøkelser utenfor Norden siste 12 mnd?

Henvisning må inneholde:

- Sykehistorie og 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
Gravdalsveien 245
5165 Laksevåg

Eventuelt e-post: hbo@nui.no

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