

.....
BEHANDLING: GRAN CANARIA ___ **KROATIEN (NMC)** ___ **ISRAEL** ___ (Sæt kryds)

1. PATIENT INFO

Patientens fornavn	Efternavn	CPR-nr	Telefon nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	Post nr.	By	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mail:	<input type="text"/>		

2. TIDLIGERE BEHANDLING

Tidligere behandlet i Israel/ Kroatien	Hospitalsindlagt
<input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Sidst <input type="text"/> Ar <input type="text"/>	<input type="radio"/> Én gang <input type="radio"/> Flere gange <input type="radio"/> Sidst
Antal tidligere behandlinger i Israel <input type="text"/>	Hvornår _____
Behandlingsresultat	
<input type="radio"/> Rimeligt <input type="radio"/> Godt <input type="radio"/> Særdeles godt	
Bliver af sol- og havbad	Hvornår fik patienten
<input type="radio"/> Bedre <input type="radio"/> Uforandret <input type="radio"/> Værre	recidiv efter opholdet? _____ Måneder/År

3. NUVÆRENDE SITUATION

Pasi beregning

Hudforandringer ved undersøgelsen. Angiv evt. PASI-SCORE

PASI/hudomåder	Hoved/hals	Arme	Krop	Ben	
Rødme (0-4)					
Infiltration (0-4)					
Skæl (0-4)					
Sum: R+I+S (max 12)					
Areal score (0-6)					
Arealfaktor	0,1	0,2	0,3	0,4	I alt
(R+I+S) x Arealscore x Arealfaktor					

Andre sygdomme(diagnoser)

Egnet til træning i motioncenter	
<input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja	
Medicinmisbrug	Alkoholmisbrug
<input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Ja
Visitations Grundlag	
<input type="checkbox"/> Hovedkriterie 1 (Moderat - Svær psoriasis)	<input type="checkbox"/> Bikriterie 1 (Forninget livskvalitet)
<input type="checkbox"/> Hovedkriterie 2 (Mangelfuld effekt eller bivirkninger af systemisk behandling)	<input type="checkbox"/> Bikriterie 2 (Tidligere god effekt af klimaterapi)
<input type="checkbox"/> Anden lægefaglig vurdering	<input type="checkbox"/> Bikriterie 3 (Positiv effekt af lysterapi)

Kommentarer til behandlingssted

Lægens/regionens underskrift