

## Søknadsskjema - Behandlingsreise for barn/ungdom med kronisk lungesykdom og /eller atopisk eksem

Side 1 og 2 fylles ut av barnets foresatte / ungdommen, side 3 fylles ut av barnets/ ungdommens lege. Feltene for barnets aktuelle sykdom fylles ut. **Viktig!** For at et eventuelt behandlingsopphold for barnet/ ungdommen skal kunne vurderes i forhold til barnets / ungdommens medisinske tilstand, ber vi om at alle spørsmål besvares så godt som mulig.

Søkers navn.		Fødselsnr(11 siffer):																		
Adresse:	Telefon nr til foresatte (privat / mobil / jobb):																			
Postnummer/ Poststed:	Fylke:	NAV -kontor:																		
Ledsagers navn (kun barnegruppe):		Ledsagers fødselsnr ( 11 siffer):																		
Har ledsager noen diagnose vi må vite om? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja, beskriv:		E-postadresse til ledsager (bruk STORE bokstaver):																		
		Ledsagers relasjon til barnet (mor, far, annet):																		
Foresattes sosiale situasjon: gift <input type="checkbox"/> skilt <input type="checkbox"/> enslig <input type="checkbox"/> samboer <input type="checkbox"/> Foresattes yrke ..... <input type="checkbox"/> Uføretrygdet		Barnet / ungdommens klasstrinn ved søknad:																		
Får barnet støtteundervisning på skolen?: Oppgi timetall:																				
Har barnet kontakt med PPT og/eller BUP?:																				
Spesielle sosiale forhold: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvis ja beskriv kort:																				
Tilleggssykdommer:		Allergier:																		
Bruker barnet/ ungdommen diett på grunn av allergier? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Hvilken mat unngår barnet/ ungdommen?:		Innleggelse på sykehus siste året? Evt. når og hvor:  Hvorfor:																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">JA</td> <td style="text-align: center;">NEI</td> </tr> <tr> <td>Har barnet/ungdommen <b>søkt</b> behandlingsreise tidligere?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Når?.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Har søker <b>deltatt</b> på behandlingsreise tidligere?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Når?.....</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Utbytte av oppholdet: <input type="checkbox"/>godt <input type="checkbox"/>middels <input type="checkbox"/>dårlig</td> </tr> </table>			JA	NEI	Har barnet/ungdommen <b>søkt</b> behandlingsreise tidligere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Når?.....			Har søker <b>deltatt</b> på behandlingsreise tidligere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Når?.....			Utbytte av oppholdet: <input type="checkbox"/> godt <input type="checkbox"/> middels <input type="checkbox"/> dårlig			Nevn kort eventuelle andre helsemessige forhold som kan være av betydning:
	JA	NEI																		
Har barnet/ungdommen <b>søkt</b> behandlingsreise tidligere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Når?.....																				
Har søker <b>deltatt</b> på behandlingsreise tidligere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Når?.....																				
Utbytte av oppholdet: <input type="checkbox"/> godt <input type="checkbox"/> middels <input type="checkbox"/> dårlig																				
<b>Sykdom og diagnose</b> <input type="checkbox"/> Cystisk fibrose <input type="checkbox"/> BPD <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Atopisk eksem <input type="checkbox"/> Elveblest <input type="checkbox"/> Høysnue <input type="checkbox"/> PCD <input type="checkbox"/> Annet Beskriv: _____ _____		Er det andre opplysninger du mener det er viktig at Behandlingsreiser får kjennskap til og som har betydning for et vellykket opphold?																		

# Søknadsskjema - Behandlingsreise for barn/ungdom med kronisk lungesykdom og /eller atopisk eksem

Søkers navn:	Fødselsnr(11 siffer):
--------------	-----------------------

## Astma og kronisk lungesykdom (fylles bare ut av dem som har diagnosen)

Daglig medisinering:				
Årstidsvariasjon?	<input type="checkbox"/> Vinter	<input type="checkbox"/> Vår	<input type="checkbox"/> Sommer	<input type="checkbox"/> Høst
Lungedrenasje:	RMT maske: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	C-pap: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei		
Infeksjoner:	Har søker ofte infeksjoner? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei			
Er søker kolonisert med bakterier?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Siste gang antibiotikabehandling: _____	
	I så fall hvilke: _____		Preparat: _____	

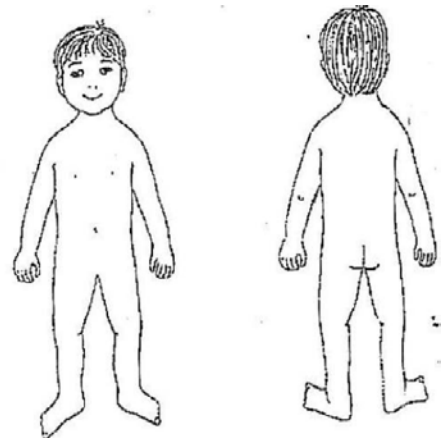
## Atopisk eksem (fylles bare ut av de som har diagnosen)

Forklaring på Skår. Skår-tallet fylles inn i rubrikk nedenfor.

Skår:	OMFANG (utbredelse)	HISSIGHET (rødhet)	KLØE I DAG	FORSTYRRET NATTESØVN
<b>0</b>	Normal fin hud	Normal fin hud	Ikke noe	Sovet hele natten
<b>1</b>	Bare litt	Tørr hud	Litt småkløe	kloring av og til Noe uro
<b>2</b>	Ganske mye	Røde eksemflekker, ikke hissig	Klør seg hver dag/natt	Våknet en gang
<b>3</b>	Mye	Hissig rødt med kløepunkter	Ganske mye kløe på dagtid	Våknet flere ganger
<b>4</b>	Utbredt	Åpne sår m/kløepunkter, sår og åpne sprekker	Mye kløe hver dag / natt	Våken i timevis
<b>5</b>	Hele hudområder	Væskende sår, skorper, hissige flekker, puss	Veldig mye kløe dag og natt	Mer enn skår 4

LOKALISASJON	Din skår OMFANG	Din Skår HISSIGHET	Din skår KLØE	Din Skår NATTESØVN
Ansikt				
Nakke/hals				
Bryst/mage				
Underliv				
Rygg				
Albuebøyer				
Armer				
Håndledd				
Hender				
Knehaser				
Lår				
Legger				
Ankler				

Tegn inn på figuren hvor eksemet er nå:



Atopisk eksem i hvor mange år: \_\_\_\_\_  
 Forverrende årsaker: \_\_\_\_\_

Dato for utfylling:

Underskrift foresatte:

# Søknadsskjema - Behandlingsreise for barn/ungdom med kronisk lungesykdom og /eller atopisk eksem

## Legeerklæring

**Vi ber om at følgende spørsmål besvares av innsøkende lege. Ufullstendige søknader vil ikke bli vurdert.**

Søkers navn:		Fødselsnummer:	
Diagnose med kode:		Søkers alder ved diagnose, samt diagnosested:	
Tidspunkt for siste konsultasjon ved barneavdeling/hudavdeling:			
Tilleggssykdommer:			
Allergier:		Medikamenter:	
Legeopplysninger: (beskriv barnet / ungdommens/ familiens totalsituasjon) Astma grad, atopisk eksem alvorlighetsgrad, kronisk lungesykdom, hjelpebehov, opplæringsbehov etc:			
Har søker(ungdommen over 14 år) behov for ledsager pga nedsatt funksjonsevne? Må dokumenteres i eget skriv. <span style="float: right;">Ja <span style="margin-left: 100px;">Nei</span></span>			
Behandlingsopphold vil innebære 4 uker med sykdomsvurdering, medikament justeringer og daglig undervisning om sykdommen. I hvilken grad vurderer du at søker (og ledsager) har fysiske / psykiske forutsetninger for å delta i et slikt behandlingsopplegg? Stor grad <input type="checkbox"/> Middels grad <input type="checkbox"/> Liten grad <input type="checkbox"/> Ikke utbytte <input type="checkbox"/> Spesifiser:			
Andre opplysninger som kan ha betydning for behandlingsoppholdet:			
Innsøkende lege, navn og postadresse:		Telefon innsøkende lege:	
Kopi av aktuell epikrise/notat fra barnelege eller andre spesialister <b>må</b> vedlegges søknaden. <b>For første gangs søkere må det foreligge bekreftelse av diagnose fra spesialist!</b> Egensøknad og legeerklæring sendes samlet til Behandlingsreiser innen søknadsfristen.			
Prioriteres søker: <input type="checkbox"/> høyt <input type="checkbox"/> middels <input type="checkbox"/> lavt			
Dato: _____		Legens signatur og stempel _____	
<b>Søknaden med kopi av epikriser sendes til: Oslo Universitetssykehus HF, Rikshospitalet, Seksjon for Behandlingsreiser, Postboks 4950 Nydalen 0424 Oslo</b>			