



Rygcenter Syddanmark  
Middelfart Sygehus  
Østre Hougvej 55  
5500 Middelfart  
Att. Visitationen

## Henvisningsskema til Rygcenter Syddanmark

**OBS:** Samtlige spørgsmål 1-13 SKAL besvares.

1. Patientnavn, CPR, adresse, tlf.

2. Henvisernavn, adresse, tlf.

3. Diagnose \_\_\_\_\_

4. Tidligere MR scannet eller opereret i ryggen Nej \_\_\_ Ja \_\_\_

Hvis ja, hvilket år? \_\_\_\_\_

Hvorhenne? \_\_\_\_\_

5. Varighed af aktuelle episode: \_\_\_\_\_ uger

6. Påvirket funktionsniveau Nej \_\_\_ Ja \_\_\_ Hvis ja:  
Let \_\_\_  
Moderat/svær \_\_\_

7. Sygemeldt Nej \_\_\_ Ja \_\_\_

Hvis ja, hvor længe? \_\_\_\_\_ uger

8. Brug for tolk Nej \_\_\_ Ja \_\_\_

Hvis ja, hvilket sprog? \_\_\_\_\_

9. Psykiatrisk eller psykologisk intervention aktuel: \_\_\_\_\_

10. Muligvis Red Flags til stede? Nej \_\_\_ Ja \_\_\_ Hvis ja, hvilke?  
i. Tumor \_\_\_  
ii. Fraktur \_\_\_  
iii. Infektion \_\_\_  
iv. Inflammation \_\_\_  
v. Cauda Equina symptomer \_\_\_  
vi. Medullære symptomer \_\_\_

Hvis ja til i. – vi: Henvisning til akutafdeling eller anden relevant afdeling.

**11. Mulig aktuel radikulær påvirkning**

Hvad?

Nej \_\_\_ Ja \_\_\_

Udstrålende smerter \_\_\_  
Lasegues tegn \_\_\_  
Sensibilitetsforstyrrelser \_\_\_  
Refleksforstyrrelser \_\_\_  
Parese \_\_\_  
Let \_\_\_  
Svær \_\_\_

Hvis svær, henvisning til nærmeste akutafdeling.

**12. Relevant behandling forsøgt i primærsektoren**

Nej \_\_\_ Ja \_\_\_

Hvis nej,

uddyb: \_\_\_\_\_

**13. Tidligere set i Rygcenter Syddanmark?**

Nej \_\_\_ Ja \_\_\_

Hvis ja, angiv hvorfor pt.

genhenvises: \_\_\_\_\_

Henviser: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_