

Detta intyg har skickats in digitalt till försäkringskassan

Du kan se intyget genom att logga in på www.minaintyg.se

1. Smittbärappening

Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna "Diagnos" och "Nedsättning av arbetsförmåga").

2. Intyget är baserat på

	datum (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	
<input checked="" type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	2023-03-16
<input checked="" type="checkbox"/> journaluppgifter från den	2023-03-16
<input type="checkbox"/> annat	

Ange vad annat är

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?

<input checked="" type="checkbox"/> Nuvarande arbete	Ange yrke och arbetsuppgifter IT-utvecklare/programmerare
<input type="checkbox"/> Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden	
<input type="checkbox"/> Föräldraledighet för vård av barn	
<input type="checkbox"/> Studier	

4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

Ospecificerad lokalisering av malign tumör i bröstkörtel	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
	C 5 0 9

5. Funktionsnedsättning

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

Vä sidig bröstcancer, erhållit neoadjuvant kemoterapi. Opererad 220810. Har erhållit strålbehandling och är nu under onkologisk behandling med antikroppsbehandling tillsammans med cytostatika fram till maj samt anti-hormonell behandling. Kvarstående ökad trötthet och uttrötthet, hjärntrötthet, koncentrationssvårigheter efter behandlingar som ges var tredje vecka

6. Aktivitetsbegränsning

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

Ovanstående ger helt nedsatt arbetsförmåga ytterligare en tid men patienten kan ev återgå delvis i arbete i längre fram i vår. Hjärntröttheten är ett dock stort hinder i hennes arbete som IT-utvecklare

7. Medicinsk behandling

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Pågående antikroppsbehandling i kombination men cytostatika som ges var tredje vecka fram till maj 2023. Även pågående antihormonell tablettbehandling. Syftet är att minska risken för återfall i cancersjukdom

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Se ovan.

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan

	från och med (år, månad, dag)	till och med (år, månad, dag)
<input checked="" type="checkbox"/> 100 procent	2023-04-01	2023-05-31
<input type="checkbox"/> 75 procent		
<input type="checkbox"/> 50 procent		
<input type="checkbox"/> 25 procent		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att Hjärntrötthet av pågående behandling med antikropps-cytostatikakonjugat, se ovan.

78040202

FK 7804 (005 F 001) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Intygs-ID: 28fa68db-d20a-4aba-823b-37e79c653505. Intyget är utskrivet från Mina intyg

Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden.

Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämras om arbetstiden förläggs på annat sätt än att arbetstiden minskas lika mycket varje dag?

Nej Ja. Fyll i nedan.

Beskriv de medicinska skälen till att möjligheterna till återgång i arbete försämras

9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

- Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.
- Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom
- Patienten förväntas inte kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.
- Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

10. Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbetsträning | <input type="checkbox"/> Ergonomisk bedömning | <input type="checkbox"/> Omfördelning av arbetsuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Arbetsanpassning | <input type="checkbox"/> Hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Övrigt |
| <input type="checkbox"/> Söka nytt arbete | <input type="checkbox"/> Konflikthantering | <input checked="" type="checkbox"/> Inte aktuellt |
| <input type="checkbox"/> Besök på arbetsplatsen | <input type="checkbox"/> Kontakt med företagshälsovård | |

Här kan du ange fler åtgärder. Du kan också beskriva hur åtgärderna kan underlätta återgång i arbete.

11. Övriga upplysningar

78040302

12. Kontakt med Försäkringskassan

<input type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt.

13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
2023-03-16	Detta är en utskrift av ett elektroniskt intyg. Intyget har signerats elektroniskt av intygsutfärdaren.
Namnförtydligande	
Anna-Karin Tzikas	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
201010	Onkologi
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
SE2321000131-P000000109534	140230641
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon.	
Onkologi- och cytostatikamottagning Uddevalla Sjukhus Onkologi- och cytostatikamott Uddevalla Sjukhus Fjällvägen 9 451 80 45153 Uddevalla Telefon: 0104353360	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget

78040402