



Kommunförbundet Skåne



## Bedömning om inskrivning i Mobilt vårdteam

Bedömning av patientens behov

Datum:

Bedömning genomförd av:

Telefonnummer:

Profession:

Vårdenhet:

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Kort beskrivning av patientens behov av inskrivning:

Kort sammanfattning av patientens boendesituation och betydelsefulla relationer:

Bedöm om minst fyra nedanstående inklusionskriterier är uppfyllda

- Tre eller fler kroniska diagnoser?

Ja  Nej

Om ja, vilka diagnoser?



- 75 år eller äldre?

Ja  Nej

- Erhåller hemsjukvård?

Ja  Nej

- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste 12 månaderna?

Ja  Nej

Om ja, skriv ev. på vilka kliniker/avdelningar detta varit:

- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor, etc.)?

Ja  Nej

- Klarar inte den personliga omvårdnaden (har behov av hjälp)

Ja  Nej

Definiera ev. omvårdnadsbehovet:

## Mobilt vårdteam

### Beslut om inskrivning och information

Erbjudande om inskrivning i mobilt vårdteam:

Ja  Nej

Om nej, ange orsak:

Läkare:

Hälsovalsenhet:

Kommun/enhet:



Kommunförbundet Skåne



Datum:

Beslut fattat av:

## Information om Mobilt vårdteam lämnat till

Patient

Anhörig/god man/förvaltare. Namn och relation:

### Patientens ställningstagande till inskrivning i Mobilt vårdteam

Tackar ja                       Tackar nej                       till inskrivning

Datum:

## Samtycke

Samtycke till att nödvändig information får delas mellan vårdgivarna i det mobila vårdteamet

Ja                       Nej                       (vid nej kan inte inskrivning erbjudas)

Samtycke lämnas till följande personal:

Datum:

## Presumtvt samtycke

(Fylls i när patienten inte själv kan lämna sitt samtycke)

Precisera vem som har mottagit samtycket och på vilka grunder ex anhöriga/god man/förvaltare kan förtydliga varför han/hon tror att patienten skulle vilja ingå i mobilt vårdteam samt dela nödvändig information mellan vårdgivarna.



Kommunförbundet Skåne



Motivering till varför presumtvt samtycke föreligger/inte föreligger:

Bedöms vara förenligt med patientens vilja:

Ja  Nej

Namnngiven personal har inhämtat information:

Information har inhämtats från namn och relation:

Datum:

Fastställt datum för SIP i samverkan med patient, ev.  
närstående och berörda vårdgivare:

\_\_\_\_\_

Datum

Underskrift

\_\_\_\_\_

Läkarens namn

\_\_\_\_\_

Sjuksköterskans namn