

# INFORMATION VID AKUTBESÖK

Upprättad 2018-11-06

## SITUATION

<b>Namn:</b>		<b>Personnummer:</b>
<b>Boendeform:</b>	Särskilt boende	Ordinärt boende
		LSS-boende
<b>Adress:</b>		
<b>Medger att information översändes:</b>	Ja	Nej
		Menprövning utförd

## BAKGRUND

<b>Patientansvarig läkare:</b>		<b>Telefon:</b>
<b>Vårdcentral/specialistmottagning:</b>		
<b>Patient-/omvårdnadsansvarig sjuksköterska:</b>		
<b>Telefon dag:</b>		<b>Telefon kväll:</b>
<b>Telefon helg:</b>		<b>Telefon natt:</b>
<b>Ansvarig biståndshandläggare:</b>		<b>Telefon:</b>
<b>Anhörig underrättad</b>	Ja	Nej, varför inte:
		<b>Uppgiftslämnare Namn:</b>
<b>Namn/Relation:</b>		<b>Titel:</b>
<b>Telefon bostad:</b>		<b>Datum:</b>
<b>Telefon arbetsplats:</b>		
<b>Aktuella sjukdomar:</b>		
<b>Varning/överkänslighet:</b>	Ja, vad:	Vet ej
<b>Finns vårdrelaterad infektion:</b>	Ja, vilken:	Vet ej
<b>Kommunikativ förmåga:</b>	Kan uttrycka sig	Svårigheter att tala
	Förvirrad/glömsk	Nedsatt syn
		Svårigheter att förstå
		Nedsatt hörsel
<b>Insatser enligt HSL</b>	Ja, vilka och hur ofta:	
<b>Insatser enligt SoL</b>	Ja, vilka och hur ofta:	
<b>Insatser enligt LSS</b>	Ja, vilka och hur ofta:	
<b>SIP finns i Mina planer:</b>	Ja	Nej
		Vet ej
<b>Aktuell status före</b>	<b>Självständig</b>	<b>Delvis hjälp</b>
	<b>Total hjälp</b>	<b>Kommentar</b>
Personlig hygien		
På-/avklädning		
Förflyttning		
Toalettbesök		
Födointag		
<b>Specifika omvårdnadsbehov:</b>		
<b>Förflyttningshjälpmedel:</b>		

## INFORMATION VID AKUTBESÖK

### AKTUELLT

<b>Namn:</b>	<b>Personnummer:</b>
<b>Kontaktorsak/vidtagna åtgärder:</b>	
<b>Vitalparametrar:</b>	
<b>Fri luftväg/pratar patienten:</b> Ja    Nej	<b>Känd KOL:</b> Ja    Nej
<b>Andningsfrekvens:</b> /min	<b>Saturation:</b> %
<b>Hjärtfrekvens:</b> /min	<b>Blodtryck:</b> mmHg <b>Temp:</b> °C
<b>Medvetandegrad enligt RLS-skalan:</b>	
<b>Kontaktbar:</b> 1. Fullt vaken    2. Slö eller oklar    3. Mycket slö eller oklar	
<b>Okontaktbar:</b> 4. Lokaliserar    5. Undandragande    6. Böjrörelser    7. Sträckrörelser    8. Ingen reaktion	

### REKOMMENDATION

<b>Förslag på:</b>
Har dosdispenserade läkemedel
<b>Medskickat:</b>
Aktuell läkemedelslista                      Dosett/dospåse Läkemedel (ögondroppar, salvor, inhalatorer, ovanliga läkemedel, kontinuerlig syrgas i hemmet):  ID-handling                      Hygienartiklar                      Skor Hörapparat höger                      Hörapparat vänster                      Tandprotes övre                      Tandprotes nedre                      Glasögon Hjälpmedel: Övrigt:

### MEDDELANDE FRÅN BEHANDLANDE LÄKARE/SJUKHUS

<b>Diagnos:</b>	
<b>Åtgärd:</b>	
<b>Ordinerad fortsatt behandling:</b>	
<b>Behandlande läkare:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Vid enhet:</b>	<b>Telefon:</b>
Behandlande läkare ska tillse att kommunens sjuksköterska meddelas per telefon om och när patienten lämnar akutmottagningen för återgång till hemmet, för aktuella telefonnummer se sidan 1.	