

## GULA BLANKETTEN - Informationsöverföring från primärvård/kommun till akut-/jourmottagning - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Datum:

Namn:

Personnr:

Adress:

Särskilt boende/hemsjukvårdsområde:

Ovanstående person samtycker till att denna information delges akut-/jourmott:  Ja  Nej  Menprövning

Närstående (namn/tfn):

Status	Klarar själv	Klarar delvis	Helt hjälpberoende	Hjälpmedel
Av-/påklädning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Förflyttning:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kommunikation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medicinering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Nutrition/specialkost:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Personlig hygien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Toalett/kontinens:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Syn/hörsel:

Hälsohistoria:

Överkänslighet/allergi:

Annat viktigt att veta:

Sjuksköterska (Vilka insatser?):

Hemtjänst (Vilka insatser?):

Rehab (Vilka insatser?):

**Kontaktuppgifter tel. Dagtid****Kvällstid****Natt**

Sjuksköterska

Fysioterapeut

Arbetsterapeut

Hemtjänstgrupp:

Hälsocentral

Telefon

Fast vårdkontakt

Telefon

Uppgiftslämnare

Titel

Telefon

**Viktigt att ovanstående uppgifter är aktuell information****Aktuellt**

Datum:

Aktuellt hälsoproblem/vidtagna åtgärder:

Givna läkemedel (ange preparat, styrka/dos, klockslag, adm. sätt):

Läkemedelslista bifogas

 Ja  Nej

Apodos:

 Ja  Nej

Medsändes:

 ID-kort Glasögon Hörapparat Läkemedel/Apodos Tandprotes övre Tandprotes nedre Nycklar Toalettsaker Kläder/skor Plånbok Hjälpmedel:

Närstående informerade:

 Ja  Nej

Om Ja vem:

Uppgiftslämnare

Titel

Telefon

**Resultat av akut-/jourmottagningsbesök**Namn: Datum: Personnr: Patienten samtycker till att information lämnas:  Ja  Nej  Menprövning**Sammanfattning, bedömning och ev diagnos, utförda åtgärder:****Planerade åtgärder och uppföljning:**Vårdbegäran/remiss skickad:  Ja  NejLäkemedelsändring:  Ja  NejDosrecept ändrat:  Ja  NejE-recept skrivet:  Ja  NejNärstående informerade:  Ja  Nej Om Ja vem: **Medsändes:** ID-kort  Glasögon  Hörapparat  Läkemedel/Apos Tandprotes övre  Tandprotes nedre  Nycklar  Toalettsaker Kläder/skor  Plånbok  Hjälpmedel:  Nya läkemedel för tre (3) dagarUppgiftslämnare Titel Telefon