

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:

Aktuella sjukdomar av betydelse:

Överkänslighet/allergi:

Annat viktigt att veta:
ex bemöta lugnt, tala tydligt, tolk etc

Sjuksköterska (Vilka insatser?):

Hemtjänst (Vilka insatser?):

Kontaktuppgifter tel.	Dagtid	Kvällstid	Natt
Sjuksköterska	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut	<input type="text"/>		
Arbetsterapeut	<input type="text"/>		
Hemtjänstgrupp:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hälsocentral	<input type="text"/>		Telefon <input type="text"/>
Fast vårdkontakt	<input type="text"/>		Telefon <input type="text"/>
Uppgiftslämnare	<input type="text"/>		Titel <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		

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

Aktuellt hälsoproblem/vidtagna åtgärder:

Aktuella och givna läkemedel (ange preparat, styrka/dos, klockslag, adm. sätt):

Läkemedelslista bifogas Ja NejApodos: Ja Nej

Medsändes:

 ID-kort Glasögon Hörapparat Läkemedel/Apodos Tandprotes övre Tandprotes Nycklar Toalettsaker Kläder/skor Plånbok Hjälpmedel Närstående informerade: Ja Nej Om Ja vem: Uppgiftslämnare Titel Telefon

Resultat av akut-/jourmottagningsbesökNamn: 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/Apodos Tandprotes övre Tandprotes nedre Nycklar Toalettsaker Kläder/skor Plånbok Hjälpmedel Nya läkemedel för tre (3) dagarUppgiftslämnare Titel Telefon