Upprättare: Margareta E Berger

Fastställare: Tina Söderlund

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:	☐	☐	☐	
Förflyttning:	☐	☐	☐	
Kommunikation:	☐	☐	☐	
Medicinering:	☐	☐	☐	
Nutrition/specialkost:	☐	☐	☐	
Personlig hygien:	☐	☐	☐	
Toalett/kontinens:	☐	☐	☐	

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			
Fysioterapeut			
Arbetsterapeut			
Hemtjänstgrupp:			

Hälsocentral Telefon

Fast vårdkontakt Telefon

Uppgiftslämnare Titel

Telefon

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 ☐ Nej

Apodos: ☐ 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-/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 ☐ Nej

Läkemedelsändring: ☐ Ja ☐ Nej

Dosrecept ändrat: ☐ Ja ☐ Nej

E-recept skrivet: ☐ Ja ☐ Nej

Närstående 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) dagar

Uppgiftslämnare Titel

Telefon