

Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun) Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Gäller inskrivning HSV från datum:		
Gäller utskrivning HSV från datum:		
Patienten har lämnat samtycke till informationsutbyte: ☐ Ja ☐ Nej		
Patientidentitet Personnummer: Namn: Adress: Postnr/ort: Portkod: Tfn: Närstående: Tfn:	Ansvarig HC: Behandlande läkare: Utsedd fast vårdkontakt ☐ Ja ☐ Nej Namn: Befattning: Tfn: Omvårdnadsansvarig SSK/AT/SG i hemsjukvård: 	
Deltagare vid vårdplaneringen		
Patient ☐ Ja ☐ Nej Om nej, ange orsak: 	Närstående ☐ Ja ☐ Nej Namn: 	Legal företrädare ☐ Ja ☐ Nej Namn
PV/HSV samt yrkesroll		
Namn:		
Namn:		
Namn:		
Namn:		

Formulär

Dokumentnamn: Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun)
Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

2(3)

Dokument ID: 09-195232

Giltigt t.o.m.: 2027-08-212-03-15

Revisionsnr: 8

Patientidentitet Personnummer:

Namn:

Situation: *Patientens förväntningar och upplevda behov av vård, omsorg och rehabilitering/habilitering. Kontaktorsak.*

Bakgrund: *Hälso- och sjukdomshistoria, gjorda utredningar, erhållen behandling, pågående behandling (tidigare aktivitet och delaktighet, P-adl, personligt stöd och relationer, hemtj/LSS, bostad, hjälpmedel*

Aktuellt tillstånd: *Bedömning av aktuellt medicinskt tillstånd, funktionsnivå, aktuell aktivitetsförmåga och delaktighet.*

Rekommendation: *Fortsatt vård/behov av rehabilitering.*

Mål: *Gemensamt uppsatta mål*

Formulär

Dokumentnamn: Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun)
Hälsö- och sjukvård Region Gävleborg

3(3)

Dokument ID: 09-195232

Giltigt t.o.m.: 2027-08-212-03-15

Revisionsnr: 8

Patientidentitet Personnummer:

Namn:

Överlämning av aktuella underlag

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| Medicinsk sammanfattning av läkare | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Enl. överenskommelse |
| Fördjupad läkemedelsgenomgång genomförd? | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Planerad |
| Aktuell läkemedelslista? | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Planerad |
| Kan patienten självständigt ansvara för läkemedel? | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ Närstående sköter |
| Om nej, finns låsbart skåp? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Vid Apodos, finns behov av ändrad kontaktperson och/eller leveransadress? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Omvårdnadsepikris/ sammanfattning? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Senior Alert profil? | ☐ Ja | ☐ Nej | |
| Aktuella förskrivna inkontinensmaterial/ stomihjälpmiddel? | ☐ Ja | ☐ Nej | |

Om ja:

Övrigt:

Arbetsterapeut:

Fysioterapeut/SG

- | | | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Sammanfattning av insatser | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ |
| | | | Ej aktuellt | | | Ej aktuellt |
| Genomgången hjälpmedelsförteckning | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ |
| | | | Ej aktuellt | | | Ej aktuellt |
| BMB av hjälpmedel | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ |
| | | | Ej aktuellt | | | Ej aktuellt |
| Träningsprogram/instruktion | ☐ Ja | ☐ Nej | ☐ | ☐ | ☐ Nej | ☐ |
| | | | bifogas | Ej aktuellt | Ja, bifogas | Ej aktuellt |
| Egenvård: hälso-och sjukvård som en patient utför själv, eller med hjälp av någon annan, efter bedömning av legitimerad hälso- och sjukvård | | | | ☐ Ja | ☐ Nej | |

- om ja, Planering: