

Ankomstsamtal vid inskrivning i slutenvård, mall - Hälsa- och sjukvården, Region Gävleborg

Ankomstsamtal

 Patient id:

Samtycke till Life Care JA / NEJ
 Samtycke till Kvalitetsregister JA / NEJ
 Samtycke till sammanhållen journalföring (NPÖ) JA / NEJ
 Menprövning JA / NEJ

Inskrivningsplanering

Life Care (inom 24 h) <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Hemtjänst <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	APODOS <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Funktionsförmåga <input type="checkbox"/> Går självständigt <input type="checkbox"/> Förflyttningsstöd (Om ja, med vad):
Prel utskrivn.datum (inom 24 h) :	Hemsjukvård <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Ensamboende <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/>	Aktivitetsförmåga <input type="checkbox"/> Klarar ADL <input type="checkbox"/> ADL Stöd (Om ja, stöd med vad):
Patient telefonnummer:	Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Matdistribution <input type="checkbox"/>	Bostad: <input type="checkbox"/> Hus <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/> SÄBO	CFS (Clinical Frailty Scale):
Anhörig telefonnummer/namn:	Pågående insatser: <input type="checkbox"/> Dusch <input type="checkbox"/> Klädsel <input type="checkbox"/> Förflyttningar <input type="checkbox"/> Läkemedelsdelning	Framkomlighet: <input type="checkbox"/> Trappor <input type="checkbox"/> Hiss <input type="checkbox"/> Ramp	
Får kontaktas nattetid? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ			
Är kontaktad? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ			

Sekretess: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ ID-band: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Biobank: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Värdesaker/läkemedel <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Använder alkohol: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Hur mycket & ofta: Använder tobak: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Vad & hur mycket: Ex-tobak: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Smitta/MRB <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Om JA, vilken: Kräkanamnes: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Utlandsvård/utomläns: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Vilket sjukhus?
Allergi / Överkänslighet:		

NEWS2	AF	Sat % + ev. O2 L	Blodtryck	Puls	Temp	ACVPU	Poäng

Varför sökte du vård idag?	Hälsohistoria/tidigare sjukdomar?
Social bakgrund/Livsstil? Boendesituation, familj, barn, kontaktnät, fritid/aktiviteter Syssetsättning/yrke:	Kommunikation Tolk, syn, hörsel, afasi, förvirring
Andning/Cirkulation	Nutrition Kost, vätskeintag, aptit, illamående/kräkning, sväljproblem, munstatus, PEG, sond, ofrivillig viktnedgång SKR undernäring:.....poäng. Risk för undernäring <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Risk munhälsa <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ
Elimination Uttömningar, inkontinens, förstoppning, KAD	Hud/Vävnad Hudkostym, färg, rodnad, klåda, sår NORTON:.....poäng. Risk för trycksår <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ
Aktivitet (Nuläget) ADL, gånghjälpmedel, mobilisering, funktionsnedsättning DFRI:.....poäng. Fallrisk <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Sömn/Psykosocialt Stress, oro, välbefinnande, social förmåga, droger, missbruk, alkoholvanor
Smärta Skattad <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ, ingen smärta	Infarter <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ, Vilka? Drän <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ, Vilka? KAD <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ Vikt _____ Längd _____
Patientens förväntningar och personcentrerad vård Vad förväntar du dig av vården? Vad är viktigast för dig? Vad har du för mål? Hur har din hälsa/sjukdom påverkat ditt liv?	