

Ankomstsamtal vid inskrivning i slutenvård - Formulär - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

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	
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	CFS (Clinical Frailty Scale):
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	Använder alkohol: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Hur mycket & ofta:	Smitta/MRB <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Om JA, vilken:
Värdesaker/läkemedel <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Använder tobak: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Vad & hur mycket:	Kräkanamnes: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
	Ex-tobak: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Utlandsvård/utomläns: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Vilket sjukhus?
	Körkort: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ	Vapenlicens: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ
Allergi / Överkänslighet:		

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

