

Ankomstsamtal vid inskrivning i slutenvård -mall. Hälsa- och sjukvård 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) JA / NEJ	Hemtjänst (HT) <input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEJ	Hemsjukvård (HSV) <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ	Primärvård (PV) JA / NEJ
Prel utskrivningsdatum (inom 24 h) :	Trygghetslarm Matdistrib	Pågående vård:	Pågående vård:
Patient telefonnummer:	Boendeform: Särskilt boende Eget boende		
Anhörig telefonnummer/namn:	Trapp/hiss JA / NEJ Ensamboende Samboende		
Får kontaktas nattetid? JA / NEJ			

Apodos: JA / NEJ

Hjälpmedel: JA / NEJ, om JA vilka:

Fast vårdkontakt: JA / NEJ, om JA, Namn, arbetsplats:

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 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 Utlandsvårdad/utomläns: <input type="checkbox"/> JA/ <input type="checkbox"/> NEJ
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allergi / Överkänslighet:

Personcentrerad vård

Utgå från dessa punkter:

PCV MÅL: "vad vill du återgå till?" "vad gör dig glad?" "hur lever du ditt liv?" "önskemål/förväntningar?"

PCV RESURSER: "nuvarande förmågor, styrkor, förmågor, sociala faktorer, närstående som stödjer".

"hur har din hälsa/sjukdom påverkat ditt dagliga liv?"

Vårdplan	JA /	NEJ
Vårdprevention:	JA /	NEJ

Varför sökte du vård idag?	Hälsohistoria/tidigare sjukdomar?
Social bakgrund/Livsstil? Boendesituation, familj, barn, kontaktnät Syssetsättning/yrke:	Kommunikation Tolk, syn, hörsel, afasi, förvirring
Andning/Cirkulation Andning, puls, temp	Nutrition Kost, vätskeintag, aptit, illamående/kräkning, sväljproblem, munstatus, PEG, sond ROAG:.....poäng. Vikt/ofrivilligviktnedgång: JA/NEJ → omv.plan
Elimination Uttömningar, inkontinens, förstoppning, KAD	Hud/Vävnad Hudkostym, färg, rodnad, klåda, sår
Aktivitet ADL, gånghjälpmedel, mobilisering, sömn, funktionsnedsättning Fallrisk <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEJ NORTON:.....poäng. Om <20p →omv.plan. samt behov av omv.status.	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 _____

NEWS bedömning

AF	SAT	Syrgas	Temp	Bltr	Puls	Medvet.grad	NEWS Poäng: