

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Medföljande information vid akutbesök på sjukhus

Grundinformation om patient

Datum:

Patient namn:

Personnummer:

Närstående/kontaktperson:

Telefon:

Samtycke finns från patient för att inhämta och lämna information: Ja Nej

Ansvarig omsorgsverksamhet:

Namn på verksamhet:

Avdelning:

Adress:

Tel. nr:

Fax nr:

Ansvarig omvårdnadssjuksköterska:

Tel:

Finns beslut om vårdbegränsningar? Ja Nej
Om ja, se anteckning i Take Care och särskilt ”individuellt vårdplan”.

Hälsohistoria:

Känd vårdrelaterad infektion:

MRSA: ☐ VRE: ☐ ESBL: ☐ Annan: _____

Överkänslighet:

Nutrition:

Kosttyp:

Sår:

Har den boende dosläkemedel:Ja

Nej

Urininkontinens:Ja

Nej

KADJa

Nej

KAD insatt datum: _ _ _ _ _

ADL-behov:

Förhöjd risk för fall:Ja

Nej

Gånghjälpmedel:Ja

Nej

Om ja, vilket? : _ _ _ _ _

Kognitiv status:

Orienterad till person, tid och rum:Ja

Nej

Kognitiv svikt:Ja

Nej

Information inför akutbesök

Information lämnas av: _____ Datum och tid: _____

Är närstående/kontaktperson kontaktad om akutbesöket? Ja ☐ Nej ☐

Namn och telefon: _____

Intygat att ID-bandet stämmer med patientens ID: Ja ☐ Nej ☐

Bemötandeplan, är den med? Ja ☐ Nej ☐ Finns inte ☐

Är läkare kontaktad? Ja ☐ Nej ☐

Läkare (Namn/Funktion) _____

Akut situation

Kryssa i orsak till akutbesöket:

Fall ☐ Infektion ☐ Hjärtbesvär ☐ Neurolog bortfall ☐ Intorkning ☐ Förstopning ☐

Smärta: Ja ☐ Nej ☐ Smärta lokalisation: _____

Annat: _____

Akuta värden

AF : _____ Saturation: _____ BT: _____

Puls: _____ Temp: _____

Checklista

Medföljande tillhörigheter (kryssa i rutan för vilka tillhörigheter som är medföljande från och åter bostad)

Från Bostad	Åter Bostad
☐ Aktuell läkemedelslista	☐ Aktuell läkemedelslista
☐ Ögondroppar	☐ Ögondroppar
☐ Inhalator	☐ Inhalator
☐ Glasögon	☐ Glasögon
☐ Hörapparat	☐ Hörapparat
☐ Tandprotes	☐ Tandprotes
☐ Tofflor/skor	☐ Tofflor/skor
☐ Kläder	☐ Kläder

Signatur:

Signatur:

Information, efter besök på akuten
