

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

KAD .....Ja Nej

**ADL-behov:**

Förhöjd risk för fall: .....Ja Nej

Gånghjälpmedel: .....Ja Nej

**Kognitiv status:**

Orienterad till person, tid och rum: .....Ja Nej

Kognitiv svikt: .....Ja Nej

KAD insatt datum: \_ \_ \_ \_ \_

## 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
<input type="checkbox"/> Aktuell läkemedelslista	<input type="checkbox"/> Aktuell läkemedelslista
<input type="checkbox"/> Ögondroppar	<input type="checkbox"/> Ögondroppar
<input type="checkbox"/> Inhalator	<input type="checkbox"/> Inhalator
<input type="checkbox"/> Glasögon	<input type="checkbox"/> Glasögon
<input type="checkbox"/> Hörapparat	<input type="checkbox"/> Hörapparat
<input type="checkbox"/> Tandprotes	<input type="checkbox"/> Tandprotes
<input type="checkbox"/> Tofflor/skor	<input type="checkbox"/> Tofflor/skor
<input type="checkbox"/> Kläder	<input type="checkbox"/> Kläder

Signatur: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_

### Information, efter besök på akuten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_