



Vårdmeddelande från kommunal hälso- och sjukvård

Destination
Datum

Patientinformation

För- och efternamn	Personnummer
--------------------	--------------

Anhöriginformation

För- och efternamn	Telefon
Relation	Kontaktad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Kommer från boende/enhet

Boende/enhetens namn	Telefon till sjuksköterska dag
Boende/enhetens adress	Telefon till sjuksköterska kväll/natt/helg
Ansvarig läkare	Läkare informera <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Remiss skickad i Take Care <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Anamnes

Cave/allergi <input type="checkbox"/> Ej känd <input type="checkbox"/> Ja:			
Smitta <input type="checkbox"/> Ej känd <input type="checkbox"/> Ja:			
Kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Föreligger fallrisk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
ADL före händelsen	Klarat helt själv	Behövt hjälp	Inte klarat något själv
På/avklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måltider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuellt problem/sökorsak. Vitalparametrar enligt beslutsstöd ViSam, datum och klockslag:

Andningsfrekvens:	Saturation:	Hjärtfrekvens:	Bltr:	Medvetandegrad RLS:	Temp:
Senast intaget läkemedel utöver stående ordination, vad och klockslag				Senast intaget läkemedel stående ordination klockan	

Checklista

Till sjukhus <input type="checkbox"/> ID-band - inkl. personnummer + signatur <input type="checkbox"/> Patienten har ordinerade läkemedel via Pascal <input type="checkbox"/> Läkemedel medskickat (nästa APO-dos) <input type="checkbox"/> Aktuell ordinationshandling bifogas <input type="checkbox"/> E-remiss skickad i TakeCare <input type="checkbox"/> ID-handling/kopia på ID-handling <input type="checkbox"/> Frikort/kopia på frikort <input type="checkbox"/> Tandprotes <input type="checkbox"/> Plånbok (max 500 kr) <input type="checkbox"/> Kläder <input type="checkbox"/> Glasögon. Antal:..... <input type="checkbox"/> Hörapparat <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Eventuella hjälpmedel..... Tjänstgörande sjuksköterska	Från sjukhus <input type="checkbox"/> Ordination för dosförpackade läkemedel gjord i Pascal <input type="checkbox"/> Uppdaterad läkemedelslista/ordinationshandling medskickad <input type="checkbox"/> Behandlingsmeddelande <input type="checkbox"/> Läkemedelsberättelse <input type="checkbox"/> Läkemedel medskickat för antal dagar <input type="checkbox"/> ID-handling/kopia på ID-handling <input type="checkbox"/> Frikort/kopia på frikort <input type="checkbox"/> Tandprotes <input type="checkbox"/> Plånbok (max 500 kr) <input type="checkbox"/> Kläder <input type="checkbox"/> Glasögon. Antal:..... <input type="checkbox"/> Hörapparat <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Eventuella hjälpmedel..... Mottagande sjuksköterska på boende/enheten Namn: Informerad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	---