



Checklista kan också användas vid uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen på enheten

## Checklista vid inflyttning samt för upprättande av omvårdnadsjournal

Samma dag som patienten flyttar in ska följande uppgifter dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Upprätta omvårdnadsjournal med:	Egna anteckningar
ID-kontroll	
Information: <ul style="list-style-type: none"><li>• Erbjudande av munhälsobedömning</li><li>• Erbjudande att lista sig hos vård- och omsorgsboendet läkare</li><li>• Informationsbroschyr från Legevisitten gällande hälso- och sjukvård på äldreboende</li><li>• Information med broschyr om att Senior Alert används för riskbedömning och ev. åtgärder för att förhindra fallolyckor, undernäring och trycksår</li><li>• Kreditansökan APO-dos</li></ul>	
Uppgiftslämnare	
Patientansvarig läkare (PAL), omvårdnadsansvarig sjuksköterska (PAS), kontaktperson (KP)	
Samtycke inhämtat och dokumenterat gällande information:	
Närstående	
Kvalitetsregister	
NPÖ/Take Care	
Övriga vårdgivare	
Kontaktuppgifter närstående	
	<b>Ja</b>   <b>Nej</b>
Kontakt dygnet runt?	

Omvårdnadsanamnes	Egna anteckningar
Kontaktorsak	
Hälsohistoria	
Läkemedelsansvar	
Pågående vård	
Social bakgrund/livsstil	

Överkänslighet, varning, observation, smitta	
Medicinsk diagnos	

Omvårdnadsstatus	Egna anteckningar
Aktivitet förflyttning/fallrisk	
Kommunikation	
Nutrition	
Elimination/inkontinens	
Hud/vävnad (trycksår/risk för trycksår)	
Kognitivt, psykiskt, socialt	
Smärta	
Andning/cirkulation	

Aktuell läkemedelslista	Egna anteckningar
Kontrollera att läkemedelslistan är aktuell och att alla läkemedel finns att tillgå.	

**Inom 7 dygn ska följande bedömningar/riskbedömningar (Senior Alert) finnas dokumenterade i journalen**

Status	Egna anteckningar
ADL-bedömning	
Fallriskbedömning (Downton Fall risk index)	
Trycksårsbedömning (Norton)	
Risk för undernäring (MNA)	
Längd och vikt (BMI)	
Smärtskattning (AbbeyPainScale, VAS, NRS)	
Munhälsa (ROAG)	
Sömn/vila	
Annan information av vikt, när det gäller hälso- och sjukvård ska dokumenteras under respektive sökord	

**Inom 2 veckor ska omvårdnadsplaner vara upprättade och dokumenterade**

**Omvårdnadsplaner** ska upprättas utifrån bibehållna resurser, aktuella omvårdnadsproblem och identifierade riskbedömningar. Omvårdnadsplanerna skall innehålla följande:

Omvårdnadsplaner
Omvårdnadsdiagnos/Omvårdnadsproblem
Mål och delmål
Åtgärder
Uppföljning (regelbunden)
Utvärdering/resultat

<b>Övrigt</b>	<b>Egna anteckningar</b>
Aktuellt med Screening för MRSA, VRE, ESBL enligt handlingsprogram, Vårdhygien	
Individuell bedömning av eventuellt behov av inkontinenshjälpmedel	
Registrera patient för APO-dos	
Fotstatus	
Ställningstagande NVP dokument	