

# Information till akutmottagningen

*Denna information kan dokumenteras i förväg av sjuksköterska.*



**Personnummer:**

**Namn:**

**Kommun:**

**Vistelseplats** (om annat än hemmet, t.ex. korttidsboende)

Telefon:

**Patienten samtycker till informationsöverföring mellan vårdgivare**

JA  NEJ

**Tolkbehov:** JA  NEJ  Om ja, språk:

**Boendeform:**

- Ensamboende
- Med make/maka/sambo
- Med barn/annan person

**Typ av boende:**

- Ordinärt boende:  Stöd i hemmet
- Särskilt boende:
- Funktionsstöd:

Telefon:

Telefon:

Telefon:

**Patienten har insatser från kommunal hälso- och sjukvård i hemmet**

JA  Vilka insatser? \_\_\_\_\_

NEJ

**Telefon ansvarig:**

Sjuksköterska

Arbetsterapeut

Fysioterapeut

Dagtid helgfria vardagar:

Kvällar, nätter, helger:

**Närstående:**

- Närstående i närheten (i Västerbotten)
- Närstående endast på annan ort (utanför Västerbotten)
- Saknar närstående

**Närstående**

Namn:

Relation:

Telefon:

**God man/förvaltare**

Namn:

Telefon:

# Patientens vanliga funktionsförmåga och hälsotillstånd

Denna information fylls i när patienten skickas in till sjukhus.

Ifylld av Namn: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ klockan: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

Anledning till transport till akutmottagningen \_\_\_\_\_

Närstående eller god man/förvaltare har informerats om att patienten transporteras till akutmottagning

JA  NEJ

Har tagit sina ordinarie läkemedel enligt läkemedelslista? När \_\_\_\_\_

Har fått extra/vid behovs medicin? Vad och när? \_\_\_\_\_

När åt patienten sin senaste måltid? \_\_\_\_\_

*Kryssa i de rutor där du vet att patienten har problem eller behöver hjälp. Informationen hjälper personalen på akuten att ta hand om patienten, särskilt om patienten har svårt att berätta själv.*

<b>Kommunikation</b> <input type="checkbox"/> Kognitiv svikt <input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel/hörapparat <input type="checkbox"/> Blind <input type="checkbox"/> Döv <input type="checkbox"/> Stum <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Förflyttning/Hjälpmiddel</b> <input type="checkbox"/> Krycka/käpp <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Lyft <input type="checkbox"/> Turner <input type="checkbox"/> Vårdarbälte <input type="checkbox"/> FALLRISK <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Andning, cirkulation</b> <input type="checkbox"/> Syrgasbehandling <input type="checkbox"/> CPAP/BiPAP <input type="checkbox"/> Hostmaskin <input type="checkbox"/> Andningsgymnastik <input type="checkbox"/> Sugapparat (för slem) <input type="checkbox"/> Hjärtsänkläge <input type="checkbox"/> Vet ej
<b>Matintag</b> <input type="checkbox"/> Viktnedgång senaste tiden <input type="checkbox"/> Tandprotes <input type="checkbox"/> Ät- /sväljsvårigheter <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Elimination</b> <input type="checkbox"/> Kateter <input type="checkbox"/> RIK/Självtappning <input type="checkbox"/> Inkontinens <input type="checkbox"/> Förstopning <input type="checkbox"/> Diarré <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Hud</b> <input type="checkbox"/> Trycksår _____ <input type="checkbox"/> Bensår <input type="checkbox"/> Andra sår _____ <input type="checkbox"/> Inga sår/hel hud <input type="checkbox"/> Vet ej
<b>Behov av stöd vid:</b> <input type="checkbox"/> Personlig vård (hygien, kläder) <input type="checkbox"/> Förflyttning <input type="checkbox"/> Måltider <input type="checkbox"/> Kommunikation <input type="checkbox"/> Sköter ADL självständigt <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Kunskap, utveckling</b> <input type="checkbox"/> Nedsatt minnesfunktion <input type="checkbox"/> Svårt att förstå komplex information och instruktioner <input type="checkbox"/> Kan reagera med oro och stress vid hälsoundersökning <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Smärta/sinnesintryck</b> <input type="checkbox"/> Långvarig smärta Var: _____ <input type="checkbox"/> Klåda Var: _____ <input type="checkbox"/> Känselrubbing <input type="checkbox"/> Balansrubbing <input type="checkbox"/> Vet ej
<b>Sömn</b> <input type="checkbox"/> God nattsömn <input type="checkbox"/> Oregelbunden dygnsrytm <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Transporter</b> <input type="checkbox"/> Kan åka kollektivt <input type="checkbox"/> Brukar få skjuts av anhörig <input type="checkbox"/> Behöver hjälp att ordna <input type="checkbox"/> Vet ej	<b>Läkemedel</b> <input type="checkbox"/> Eget läkemedelsansvar <input type="checkbox"/> Egenvård med stöd <input type="checkbox"/> Övertaget läkemedelsansvar <input type="checkbox"/> Vet ej