

Medisinske diagnoser – fylles automatisk ut
Sjekk om diagnosene er oppdatert
Medisinskfaglige opplysninger – fylles automatisk ut
Sjekk om Cave stemmer
Legemidler – fylles automatisk ut
Sjekk om medisinkurven er oppdatert (ikke send med hvis ikke tjenesten har medikamentansvar)
Eksisterende tjenester
«Hukk av» aktuelle tjenester
Kartlegging av funksjonsnivå/ IPLOS – fylles automatisk ut
Sjekk om variablene er oppdatert
Sykepleieopplysninger – Fritekstfelt som skal inneholde alle punktene (Dersom opplysningen ikke er relevant skal dette kommenteres for å se at det er vurdert)
AKTUELL SITUASJON/INNLEGGELSESÅRSÅK HVIS KJENT: <i>Beskriv bakgrunn for innleggelse</i>
AVKLARINGER IFT BEHANDLINGSNIVÅ/RESERVASJONER: <i>Avklaringer som er gjort med pasient/pårørende i samarbeid med fastlege/sykehjemslege om for eksempel livsforlengende behandling og res. minus. Reservasjoner kan være i forhold til blodtransfusjon.</i>
LEGEMIDDELOPPLYSNINGER
<ul style="list-style-type: none"> • Administrasjonsform: <i>Hvem administrerer medisinen? Trenger hjelp til legemiddeladministrasjon evt hva? Multidose? Knuses?</i> • Andre viktige opplysninger: <i>For eksempel svelgevansker, bivirkninger. OBS: Dato for sist gitt: depot/injeksjoner/smertepaster/marevan. Siste INR, neste måling, terapeutisk nivå.</i> • Medisiner tatt i dag: • Er vedlagt legemiddelliste oppdatert, samstemt med legens liste?
TJENESTER SOM PASIENTEN MOTTAR OG HYPPIGHET (ikke godt nok med tjenestenavn, antall minutter som hentes automatisk) <i>Eks: Besøk av hjemmetjenesten 3 ganger om dagen. Morgenstell, tilsyn kl. 14 og kveldsstell. Presiser dersom det er behov for 2 pleiere samtidig.</i>
SYKEPLEIEROPPLYSNINGER – Beskriv Normalsituasjon og endring i allmenntilstand/funksjon siste 2-3 uker (Nyoppstått? Varighet?)
Hva er viktig for pasienten: <i>Det som er kommet frem i samtale med pasienten evt pårørende</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikasjon/sanser: <i>Syn, hørsel, evt hjelpemidler. Språk, afasi, kommunikasjonsevner. Behov for assistert kommunikasjon: syn/hørsel/tolk</i> 2. Psykisk/mental status: <i>Hukommelsesproblemer (foreligger det MMS score/demensutredning?), forvirring, nedstemthet, angstlignende symptomer, irritasjon, samtykkekompetanse, psykisk lidelse, fare for vold og trusler, selvmordsrisiko,</i> 3. Respirasjon/sirkulasjon: <i>Frekvens, ubesværet/besværet, O₂ behov, surklung, hoste, slim, temp og hud (klam, varm og tørr) ødemer, BT/Puls. Tidspunkt for NEWS målinger & score. Fokus på ABCDE i dokumentasjonen. Dokumenter om lege har avklart at pasient skal scores i SpO₂ skala 2 i NEWS.</i> 4. Ernæring: <i>BMI, vekt/høyde, ernæringsstatus og vektendring siste tiden? Ved underernæring: Hvilke konkrete tiltak fungerer? Diett, spiser selv, matallergi, svelgevansker, mosa mat.</i> 5. Eliminasjon: <i>Kontinent for uring og avføring, obstipasjon, bruk av lakserende midler.</i> 6. Hud/vev/sår: <i>Hel hud, eksem, sår, risiko for trykksår:ja/nej, evt forebyggende tiltak. Sårprosedyre og når det evt ble skiftet sist.</i> 7. Beskriv funksjonsnivå: <i>Beskriv endring i funksjonsnivå. Hjelpbehov, hvilke hjelpemidler bruker pasienten, grad av mobilitet/fallrisiko og falltendens. Rutiner for personlig hygiene? Hva mestrer pasienten selv/hva trenger pasienten hjelp til/ tilrettelegging?</i> 8. Smarter/søvn/hvile: <i>Akutte/kroniske smerter. Lokaliser smertene, hyppighet. Hemmer smertene pasientens mobilitet/hvile? VAS skala/Mobid2/Disdat. Søvnvaner dag og natt.</i> 9. Sosialt: <i>Hjemmesituasjon, boforhold, spesielle familierelasjoner/nettverk og interesser/åndelig/kulturelt</i> 10. Annet: <i>Individuell plan, koordinator, oppfølging fra andre faggrupper, andre relevante opplysninger. Avhengighetsproblematikk. Smitte</i>
NÆRMESTE PÅRØRENDE
Er de informert om innleggelsen:
Barn under 18 år:
Andre relevante opplysninger:
HILSEN (skriv navn og tjenestested)
Navn:
Telefonnummer:
Sjekk at opplysningene er oppdaterte Ikke bruk forkortelser, skriv hele setninger Versjon april 2024