

Bilaga 1

HÄLSOPLANERINGSUNDERLAG

avdelning 352A

- Vill du berätta varför du sökte?
- Vill du berätta om hur din hälsa/sjukdom påverkar ditt dagliga liv?
- Mål och förväntningar för vårdtiden, hur nå dit?

Inskrivningsdatum och tid:						Ansvarig sjuksköterska:					
Upplysningar	Ja	Nej	Allergi	Ja	Nej	Överkänslighet	Ja	Nej	Rökare/ex-rökare	Ja	Nej
Tolk	Ja	Nej	PVK	hö	vä	ID band	Ja	Nej	Alkoholvanor:		
Färdtjänst	Ja	Nej	Fall	Ja	Nej	Inf.känslighet	Ja	Nej	Biobank	Ja	Nej
Smitta	Ja	Nej	MRSA	Ja	Nej	Utlandsvårdad	Ja	Nej	Blöd.benägenhet	Ja	Nej
Har du haft symtom på magsjuka				Ja	Nej	Har dina anhöriga haft symtom på magsjuka				Ja	Nej
Närstående:						Är de kontaktade			Ja	Nej	

Patientskattade förmågor och symtom

Medicinskt allmäntillstånd ¹ A B C						Socialt nätverk ¹ Tätt Glest Saknas					
Sår	Om trycksår/ risk- Norton (7-28):					SPMSQ ³ (1-10)			FRS ² (0-100)		
Oro/nedstämdhet	Ja	Nej	Om ja, ev HAD			Smärta ⁶ (0-10)					
God sömn	Ja	Nej	Om nej, orsak								
Andning/cirkulation											
Trötthet ⁵ (1-5)	Dyspné ⁵ (1-5)		Feber	Ja	Nej	Ödem (ben/buk etc)					
Stödstrumpor	Ja	Nej	Yrsel	Ja	Nej	Hosta	Ja	Nej			
Elimination											
Normal miktionsfunktion				Ja	Nej	Om nej, orsak					
KAD				Ja	Nej	Slutdatum					
Normala avföringsvanor				Ja	Nej	Om nej, orsak					
Avföringsfrekvens						Nattliga tömningar			Ja	Nej	
Blod i avföring				Ja	Nej	Slem i avföring			Ja	Nej	
Nutrition											
Muntorrhet		Ja	Nej	Kost			Sväljsvårigheter		Ja	Nej	
Illamående		Ja	Nej	Munstatus							

1) Cederskalan, 2) FRS Functional Recovery Scale, 3) SPMSQ Short Portable Memory State Questionnaire, 5) Likertskalan, 6) Visual Analog Scale,

Bilaga 1

Personlig funktionsnivå

P-ADL funktion ⁹ (habitualtillstånd)		Aktivitet/hjälpmiddel		
Självständig vid bad/dusch	A	Gångförmåga (ringa in lämpligt alternativ)		
Självständig på och avklädning	B	1 2 3 4 5 6		
Självständig vid toalettbesök	C	Gånghjälpmiddel	Ja	Nej
Självständig i och ur sängen	D	Hörselnedsättning	Ja	Nej
Är kontinent (kan hantera inkontinenshjälpmedel)	E	Synnedsättning	Ja	Nej
Äter framdukad mat själv	F	Typ av hjälpmedel:		
Klarar inget av ovanstående	G	Rehab behov:		

9) Personal Activities of Daily Living

Boende

Villa	Ja	Nej	Radhus	Ja	Nej	Trappor	Ja	Nej
Lägenhet	Ja	Nej	Trappor	Ja	Nej	Hiss	Ja	Nej
Servicehus	Ja	Nej	Äldreboende	Ja	Nej	Gruppboende	Ja	Nej

Hemtjänst

Ingen	mindre än 1 gång/v	1 gång/v	mer än 1 gång/v	Dagligen	Natt
Vilka insatser?					
Hemsjukvård	Ja	Nej	Trygghetslarm	Ja	Nej
Inskrivningsmeddelande/KLARA	Ja	Nej	Apodos	Ja	Nej
Utskrivningsplanering startas i Melior datum:			Senaste Apodoskort utskrivet datum:		
Ordinarie vårdcentral:					

Övrigt

Ex. Psykosocialt, Social bakgrund

Bilaga 1

--

Känner du dig bättre gentemot inskrivningsdagen?

	Ankomstdag	Dag 3	Dag 5	Dag 7	Dag 9	Dag 11	Utskrivningsdag
Datum:							
Huvudsymtom							
Annat symtom							
SPMSQ³(1-10)							
Oro/nedstämdhet							
God sömn (J/N)							
Trötthet⁵ (1-5)							
Dyspné⁵ (1-5)							
Smärta⁶(0-10)							
Hosta (J/N)							
Yrsel (J/N)							
Muntorrhet(J/N)							
Kost							
Sväljsvårighet(J/N)							
Illamående(J/N)							
Sår (J/N)							
Trycksår (J/N)							
Nortonskalan (7-28)							
Normal miktionsfunktion KAD (J/N)							
Normala avföringsvanor P-ADL¹⁰ (A-G)							
Gångförmåga (1-6)							
Fallrisk (J/N)							
VPL-behov(J/N)							

Utvärdering utskrivningsdag

Anser patienten att vårdplanen har följts

Ja

Nej

Bilaga 1

Anser patienten att utskrivningen är planerad på ett tillfredsställande sätt	Ja	Nej
--	----	-----

Personlig hälsoplan

Målsättning (vilken aktivitet vill du återgå till):
Hur gör jag för att nå dit:
Egna resurser/kapacitet:
Behov av stöd (ex sjukgymnast, VPL):