

AKUTBLAD FÖR MANUELL HANTERING

Upprättad 2018-11-06
Rev. 2023-12-11

SITUATION

Namn:		Personnummer:
Boendeform:	Särskilt boende Ordinärt boende LSS-boende	
Adress:		
Medger att information översändes:	Ja Nej Menprövning utförd	

BAKGRUND

Patientansvarig läkare:		Telefon:
Vårdcentral/specialistmottagning:		
Patient-/omvårdnadsansvarig sjuksköterska:		
Telefon dag:		Telefon kväll:
Telefon helg:		Telefon natt:
Ansvarig biståndshandläggare:		Telefon:
Anhörig underrättad	Ja Nej, varför inte:	Uppgiftslämnare
Namn/Relation:		Namn:
Telefon bostad:		Titel:
Telefon arbetsplats:		Datum:
Aktuella sjukdomar:		
Varning/överkänslighet:	Ja, vad:	Vet ej
Finns vårdrelaterad infektion:	Ja, vilken:	Vet ej
Kommunikativ förmåga:	Kan uttrycka sig Svårigheter att tala Svårigheter att förstå	
	Förvirrad/glömsk Nedsatt syn Nedsatt hörsel	
Insatser enligt HSL	Ja, vilka och hur ofta:	
Insatser enligt SoL	Ja, vilka och hur ofta:	
Insatser enligt LSS	Ja, vilka och hur ofta:	
SIP finns i Mina planer:	Ja Nej Vet ej	
Aktuell status före	Självständig Delvis hjälp Total hjälp	Kommentar
Personlig hygien		
På-/avklädning		
Förflyttning		
Toalettbesök		
Födointag		
Specifika omvårdnadsbehov:		
Förflyttningshjälpmedel:		

INFORMATION VID AKUTBESÖK

AKTUELLT

Namn:	Personnummer:
Kontaktorsak/vidtagna åtgärder:	
Vitalparametrar:	
Fri luftväg/pratar patienten: Ja Nej	Känd KOL: Ja Nej
Andningsfrekvens: /min	Saturation: %
Hjärtfrekvens: /min	Blodtryck: mmHg Temp: °C
Medvetandegrad enligt RLS-skalan:	
Kontaktbar: 1. Fullt vaken 2. Slö eller oklar 3. Mycket slö eller oklar	
Okontaktbar: 4. Lokaliserar 5. Undandragande 6. Böjrörelser 7. Sträckrörelser 8. Ingen reaktion	

REKOMMENDATION

Förslag på:
Har dosdispenserade läkemedel
Medskickat:
Aktuell läkemedelslista Dosett/dospåse Läkemedel (ögondroppar, salvor, inhalatorer, ovanliga läkemedel, kontinuerlig syrgas i hemmet): ID-handling Hygienartiklar Skor Hörapparat höger Hörapparat vänster Tandprotes övre Tandprotes nedre Glasögon Hjälpmedel: Övrigt:

MEDDELANDE FRÅN BEHANDLANDE LÄKARE/SJUKHUS

Diagnos:	
Åtgärd:	
Ordinerad fortsatt behandling:	
Behandlande läkare:	Datum:
Vid enhet:	Telefon:
Behandlande läkare ska tillse att kommunens sjuksköterska meddelas per telefon om och när patienten lämnar akutmottagningen för återgång till hemmet, för aktuella telefonnummer se sidan 1.	