

Inskrivning i Mobilt vårdteam*

Blanketter som stöd för inskrivning i Mobilt vårdteam:

1. **Bedömning av patientens behov**
2. **Erbjudande om inskrivning i Mobilt vårdteam**
3. **Samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare – patient alternativt presumtvt samtycke**
4. **SIP i samverkan med patient, ev. närstående och berörda vårdgivare**

För att en patient ska kunna skrivas in i Mobilt vårdteam krävs att patientens hemkommun och listade vårdcentral är överens om behov att erbjuda inskrivning, att patienten accepterar erbjudandet och samtycker till informationsdelning mellan vårdgivarna samt att det finns en aktuell SIP där det också framgår att patienten accepterat erbjudandet och samtycker till informationen delas av vårdgivarna. När dessa krav är uppfyllda kan patienten skrivas in i Mobilt vårdteam.

Bedömning av patientens behov

Patientens namn: _____

Patientens personnummer: _____

Kort beskrivning av patientens behov och hur Mobilt vårdteam kan tillgodose detta:

Kort beskrivning av patientens livssituation:

Ska patienten erbjudas inskrivning i Mobilt vårdteam?

Ja Nej

Bedömning utförd av

Datum: _____

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Profession: _____

Vårdcentral/kommun: _____

Erbjudande om inskrivning i Mobilt vårdteam

Skriftlig och muntlig information om Mobilt vårdteam har lämnats till:

- Patient
- Närstående/god man/förvaltare. Namn och relation: _____

Patientens ställningstagande till inskrivning i Mobilt vårdteam

Tackar ja Tackar nej

Datum, då patienten lämnar besked: _____

Samtycke till informationsöverföring mellan vårdgivare

Patientens namn: _____

Personnummer: _____

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal frågar patienten om samtycke till att nödvändig information får delas mellan vårdgivarna i det mobila vårdteamet och informerar om:

- vad samtycke innebär
- möjligheten att begränsa samtycket
- rätten att återkalla samtycket
- om patienten inte lämnar samtycke – vad det innebär

Ja, jag lämnar mitt samtycke

Ja, jag lämnar mitt samtycke, men med följande begränsningar

Begränsning: _____

Nej, jag lämnar inte mitt samtycke (vid nej kan inte inskrivning erbjudas)

Undertecknad har på nedan angiven dag mottagit muntligt samtycke avseende informationsutbyte mellan berörda vårdgivare.

Datum för mottagande av muntligt samtycke från:

Underskrift av den som mottog samtycket

Namnförtydligande, yrkestitel och arbetsplats

Presumtivt samtycke (Fylls i när patienten inte själv kan lämna sitt samtycke)

Precisera vem som har mottagit samtycket och på vilka grunder ex närstående/god man/förvaltare kan förtydliga varför han/hon tror att patienten skulle vilja ingå i mobilt vårdteam samt dela nödvändig information mellan vårdgivarna.

Motivering till varför presumtivt samtycke föreligger/inte föreligger: _____

Bedöms vara förenligt med patientens vilja:

Ja

Nej

Information har inhämtats från namn och relation: _____

Datum för inhämtad information:

Underskrift av den som inhämtade informationen

Namnförtydligande, yrkestitel och arbetsplats

SIP i samverkan med patient, ev. närstående och berörda vårdgivare

SIP finns och är uppdaterad med information om att patienten har tackat ja till att ingå i Mobilt vårdteam.

Ja Nej*

*Inskrivning i mobilt vårdteam får inte göras förrän det finns en aktuell SIP där det även framgår att patienten tackat ja till inskrivning i Mobilt vårdteam

Underskrift

Underskrift av ansvarig läkare (fast läkarkontakt)

Namnförtydligande, yrkestitel och arbetsplats

Underskrift av ansvarig sjuksköterska (fast vårdkontakt)

Namnförtydligande, yrkestitel och arbetsplats