



**RÅDGIVNING AV LÄKARE
DYGNET RUNT**

0771 75 25 25

Blankett för bokning av akut hembesök av läkare

Datum och tidpunkt för beställningkl.....

Beställare

Namn:	Befattning:	Kommun:
Återkoppling önskas till tel nr:		Återkoppling: <input type="checkbox"/> har skett <input type="checkbox"/> har ej skett

Patient

Namn:	Personnummer:	Doskund: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Boendet namn:	Adress:	

Ifylles av sjuksköterska i hemsjukvården före bokning/telefonrådgivning

Orsak till kontakt <input type="checkbox"/> andningsbesvär <input type="checkbox"/> allmäntillstånd <input type="checkbox"/> CNS (exkl psykiatri) <input type="checkbox"/> dödsfall <input type="checkbox"/> gyn/urinvägar <input type="checkbox"/> hjärta-kärl <input type="checkbox"/> hud <input type="checkbox"/> infektion <input type="checkbox"/> mage/tarm <input type="checkbox"/> psykiatri <input type="checkbox"/> smärta <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> ögon <input type="checkbox"/> öron	Vitala parametrar kl sign: <input type="checkbox"/> blodtryck/..... <input type="checkbox"/> puls <input type="checkbox"/> andningsfrekvens <input type="checkbox"/> temp <input type="checkbox"/> medvetandegrad <input type="checkbox"/> alert och adekvat <input type="checkbox"/> ej orienterad till tid och rum <input type="checkbox"/> medvetandesänkt Övriga värden <input type="checkbox"/> saturation % <input type="checkbox"/> teststicka <input type="checkbox"/> annat	Kort anamnes r/t dagens problem ÖVERKÄNSLIGHET: <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad?
--	---	---

Ifylles av läkare vid hembesöket iDoc följer upp patient i virtuellt väntrum Ja Nej

Prover/undersökningar vid besöket	Närstående kontaktade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vitala parametrar kl sign: <input type="checkbox"/> blodtryck /..... <input type="checkbox"/> puls <input type="checkbox"/> andningsfrekvens <input type="checkbox"/> temp <input type="checkbox"/> medvetandegrad <input type="checkbox"/> alert och adekvat <input type="checkbox"/> ej orienterad till tid och rum <input type="checkbox"/> medvetandesänkt <input type="checkbox"/> saturation % <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> P-glukos ...	Bedömning/råd

Läkemedel (OBS! Ordination ska också registreras i Pascal eller patientjournal för att vara synlig i NPÖ)

Läkemedlets namn	form	styrka	dosering	adm. sätt	tidpunkt för adm.
Datum _____	underskrift läkare _____				
Tidpunkt _____	namnförtydligande _____				