



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|-------------|----|-----|----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Information till ambulanspersonal i samband med transport till nästa vårdgivare (mer information kommer att finnas i Meddix) Distriktsläkare kontaktad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Utfall enligt beslutsstöd Primärvård <input type="checkbox"/> Akutmottagning <input type="checkbox"/> | | Kontrollerade vitalparametrar enligt beslutsstöd: Har fria luftvägar <input type="checkbox"/> Andningsfrekvens(/min)..... Saturation (%)..... Hjärtfrekvens slag/min..... Systoliskt Bltr (mmHg)..... Medvetandegrad RLS (1-8)..... Blodsocker (P-gl)..... Temp °C)..... Urin senast kl..... Avföring senast..... Diarré (ggr/dygn)..... Smärtskattning - VAS (1-10)..... Abbey Pain Scale (0-18)..... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patientens personnummer | Patientens namn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vad har hänt? | | Överkänslighet: Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nej</td> </tr> <tr> <td>Kognitiv nedsättning</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Syn/hörsel hjälpmedel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har dosläkemedel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har id-handling</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tandprotes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anhörig kontaktad</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> Namn:..... | | Ja | Nej | Kognitiv nedsättning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Syn/hörsel hjälpmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Har dosläkemedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Har id-handling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tandprotes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anhörig kontaktad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Ja | Nej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kognitiv nedsättning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Syn/hörsel hjälpmedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Har dosläkemedel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Har id-handling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tandprotes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anhörig kontaktad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bedömt tillstånd med aktuella exklusionssymtom utifrån beslutsstödet: • Vilka åtgärder har gjorts? Givna läkemedel i samband med situationen. | | Datum: Blanketten ifylld av: Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Omsorgspersonal <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Namn: | Tfn: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tidigare sjukdomar (Finns ställningstagande till palliativ vård skrivs det här) | | Sjuksköterska kontaktad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Sjuksköterskans namn | Tfn: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |