

Information till ambulanspersonal i samband med transport till nästa vårdgivare (mer information kommer att finnas i LifeCare) 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kognitiv nedsättning</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Syn/hörsel hjälpmedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har dosläkemedel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Har id-handling</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tandprotes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anhörig kontaktad</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </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:																					