###### Socialt och medicinskt meddelande

Denna information ska alltid medfölja patienten till sjukhus

|  |  |
| --- | --- |
| Samtycke av patient och/eller närstående att denna information får överlämnas: | [ ]  Ja [ ]  Nej: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Boendeform:       | Vårdcentral:       |  Datum:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:     Personnr.:     Adress:      Postadress:      Telefon:       | Närstående:     Telefon:      Närstående:      Telefon:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Telefon** | **Fax:** | **Mobiltelefon** |
| Biståndshandläggare:       |       |       |       |
| Hemtjänstgrupp:       |       |       |       |
| Arbetsledare kommunen:       |       |       |       |
| Distriktssköterska/sjuksköterska:       |       |       |       |
| Ansvarig familjeläkare:       |       |       |       |

Hjälpbehov innan aktuell händelse

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nutrition | -äta/dricka | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp  |       |
| Aktivitet | -personlig hygien | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp |       |
|  | -dusch/bad | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp |       |
|  | -på/avklädning | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp |       |
|  | -förflyttning | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp |       |
| Elimination | -toalettbesök | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp |       |
| Läkemedel | [ ]  ApoDos [ ]  Dosett | [ ]  Klarar själv | [ ]  Behöver hjälp |
| Kommunikation–hörapparat / glasögon / afasi / **mentalt status** etc.      |
| Insats av arbetsterapeut/sjukgymnast:       |
| Hjälpmedel :        |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medsändes**: | [ ]  Glasögon | [ ]  Hörapparat | [ ]  Gula mappen.  | OBS! Aktuell ordinationshandling |
|  | [ ]  Toalettsaker | [ ]  Kläder/skor | [ ]  Legitimation |
|  | [ ]  Tandprotes uppe | [ ]  Tandprotes nere | [ ]  Annat:       |
| Anhöriga kontaktade: | [ ]  Ja | [ ]  Nej: Orsak:       |
| Aktuell händelse:       |
| Jag som skrivit detta heter :        | Befattning:       | Telefon:       |

**Bifoga om möjligt kopia på omvårdnadsjournalen** Ej journalhandling