



Vårdrapport vid inskick till sjukhus

Används i de fall systemet för digital informationsöverföring mellan region och kommun inte fungerar, medföljer patienten. Denna blankett är inte en journalhandling, tuggas vid inaktualitet.

Datum:	
Samtycke från patienten för informationsöverföring:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Kontaktuppgifter närstående, namn och telefonnummer:	
Närstående informerade: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Orsak:
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska, namn och telefonnummer:	
Ansvarig SG/FT/AT, namn och telefonnummer:	
Boendeform:	Vårdcentral, PAL:
Kontaktuppgifter hemtjänst/boende, enhetens namn och telefonnummer:	

Hjälpbehov innan aktuell händelse:

	Klarar själv:	Behöver hjälp:	Kommentar:
Äta/Dricka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Personlig hygien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
På-/avklädning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Förflyttning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Läkemedel: Dosdisp: <input type="checkbox"/> Dosett: <input type="checkbox"/> Sköter själv: <input type="checkbox"/> Behöver hjälp: <input type="checkbox"/>			
Kommunikation (Glasögon, hörapparat, kognitiv status, afasi):			
Insats av sjukgymnast/arbets terapeut:			
Hjälpmedel:			
Medsändes: <input type="checkbox"/> Glasögon <input type="checkbox"/> Hörapparat <input type="checkbox"/> Tandprotes <input type="checkbox"/> Legitimation <input type="checkbox"/> Nycklar <input type="checkbox"/> Plånbok <input type="checkbox"/> Annat: _____			

SBAR:

Situation: (Vad är problemet / anledningen till kontakt?)

Bakgrund: (Tidigare och nuvarande sjukdomar av betydelse. Kort rapport av aktuella problem och behandlingar fram tills nu)

Aktuell bedömning: (Status, bedömning + skicka med SKILS-bedömning)

Rekommendation: (Ev förslag till åtgärd)

Skickas med patienten:

- Aktuell ordinationshandling
- Läkemedel (hela rullen om dosdisp)
- Ev Inhalationer/insulinpennor/ögondroppar/licenspreparat

Denna vådrapport ifylld av:

Namn:

Befattning:

Telefonnummer: