



Datum: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Patientens namn: \_\_\_\_\_

Verksamhet|Vårdenhet: \_\_\_\_\_

Huvuddiagnos|Bidiagnoser \_\_\_\_\_

VAL AV BEDÖMNINGSTRUMENT

- ABBEY PAIN SCALE     ESAS  
 FLACC                     IPOS  
 VAS|NRS                ANNAT \_\_\_\_\_

TECKENFÖRKLARING FÖR BEDÖMNING:

Bedömningsinstrumentens **skattning** (= siffra) noteras i avsedd ruta.

För hänvisning till teamteckning används \*

Om bedömningsinstrument inte används noteras: **P** = problem|behov av åtgärder **Ua** = utan anmärkning

BEDÖMNING AV SYMPTOM OCH STATUS

DATUM

TID

BEDÖMNING VAR 4:E TIMMA OM ANNAT ANGE FREKVENNS

Välbefinnande

Smärta

Oro|Ångest

Förvirring

Andnöd

Rosslig andning

Illamående

Kräkning

Munhälsa

Urinfunktion

Annat:

BEDÖMNING VAR 12:E TIMMA OM ANNAT ANGE FREKVENNS

Hud|Ögon

Tarmfunktion

Rörlighet|ADL

Kommunikation

Existentiellt|Andligt|Kulturellt behov

Närståendes behov

Annat:

SIGN UTFÖRD BEDÖMNING

Läsexemplar



Legitimerad personal ordinerar insatta och utsatta åtgärder genom att signera i rutan "SIGN ORD"

TECKENFÖRKLARING FÖR VÅRDÅTGÄRDER:

- utförd åtgärd
- tillfälligt utsatt åtgärd
- avslutad åtgärd
- se teamanteckning

VÅRDÅTGÄRDER		DATUM						
		TID						
		SIGN ORD						
<b>Välbefinnande</b>	Ombesörj estetisk, trygg, behaglig miljö							
<input type="checkbox"/> Risk för nedsatt välbef.	Energin läggs på det som är viktigt för pat.							
<input type="checkbox"/> Nedsatt välbef.	Mat och dryck efter önskemål							
<b>Smärta</b>	Försiktig lägesändring							
<input type="checkbox"/> Smärta	Avlastande kuddar							
	Behandling med värme kyla							
<b>Oro Ångest Förvirring</b>	Närvaro							
<input type="checkbox"/> Ängslan Oro Ångest	Ordinerat vak							
<input type="checkbox"/> Agitation	Beröring							
<input type="checkbox"/> Förvirring								
<b>Andning</b>	Höjd huvudända, lägesändring							
<input type="checkbox"/> Andnöd	Svag luftström via fönster eller fläkt							
<input type="checkbox"/> Rosslig andning Slem	Hjärtsängsläge							
<b>Illamående Kräkning</b>	Undvik vändning vid illamående							
<input type="checkbox"/> Illamående	Undvik skarpa dofter, vädra vid behov							
<input type="checkbox"/> Kräkning								
<b>Munhälsa</b>	Munvård. Ange frekvens:							
<input type="checkbox"/> Beläggningar	Fuktning av mun suga på isbitar							
<input type="checkbox"/> Muntorrhet	Saliversättningsmedel							
<input type="checkbox"/> Törst	Lokalt smärtstillande medel enl. läkemedelslista							
<b>Urinfunktion</b>	Inkontinensskydd. Vilket:							
<input type="checkbox"/> Urininkontinens	Övervaka miktion							
<input type="checkbox"/> Urinretention	Urinkateter (KAD) enl. ord.							
<input type="checkbox"/> Avlastning av miktion	Bladderscan							
<b>Ödem</b>	Högläge i säng							
<input type="checkbox"/> Ödem	Kompressionsbehandling							
		SIGN UTFÖRDA ÅTGÄRDER						



VÅRDÅTGÄRDER		DATUM								
		TID								
		SIGN ORD								
<b>Hud Ögon</b>	Hudvård, torr och ren hud									
<input type="checkbox"/> Risk för fuktskadad hud	Hjälp med försiktig vändning i säng									
<input type="checkbox"/> Risk för tryckskada	Tryckavlastande madrass									
<input type="checkbox"/> Tryckskada	Ögonvård									
<input type="checkbox"/> Besvär från ögon										
<b>Tarmfunktion</b>	Inkontinensskydd. Vilket:									
<input type="checkbox"/> Förstoppning	Lufta rummet, vädra									
<input type="checkbox"/> Diarré	Laxering enl. läkemedelslista									
<b>Rörlighet ADL</b>	Hjälp med behaglig kroppsställning									
<input type="checkbox"/> Nedsatt rörlighet i säng	Hjälp med personlig hygien									
<input type="checkbox"/> Nedsatt ADL-förmåga	Hjälp med på- och avklädning									
	Hjälp med mat och dryck									
	Hjälp med toalettbesök									
<b>Kommunikation</b>	Tolksamtal									
<input type="checkbox"/> Kommunikationssvårigh.	Hjälpmedel:									
<b>Existentiellt Andligt behov</b>	Samtal, närvaro									
<input type="checkbox"/> Existentiellt behov	Kontakt med religiös/andlig företrädare									
<input type="checkbox"/> Andligt behov										
<input type="checkbox"/> Kulturellt behov										
<b>Närståendes behov av</b>	Samtal om vård i livets slut									
<input type="checkbox"/> Information	Stödsamtal med närstående									
<input type="checkbox"/> Stöd	Avlastning av närstående									
<input type="checkbox"/> Avlastning										
<b>Närhet Intimitet</b>	Skapa förutsättningar för närhet									
<input type="checkbox"/> Behov av närhet intimitet	Skapa förutsättningar för avskildhet									
<b>Säkerhet</b>	Larm									
<input type="checkbox"/> Risk för fall och fallskada	Tillsyn									
	Vak									
<b>Annat</b>										
		SIGN UTFÖRDA ÅTGÄRDER								





