



<b>Information till ambulanspersonal i samband med transport till nästa vårdgivare</b> (mer information kommer att finnas i LifeCare) <b>Distriktsläkare kontaktad</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> <b>Utfall enligt beslutsstöd</b> Primärvård <input type="checkbox"/> Akutmottagning <input type="checkbox"/>		<b>Kontrollerade vitalparametrar enligt beslutsstöd:</b> 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.		<b>Datum:</b> ..... <b>Blanketten ifylld av:</b> Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Omsorgspersonal <input type="checkbox"/>																						
		<b>Namn:</b>	<b>Tfn:</b>																					
Tidigare sjukdomar (Finns ställningstagande till palliativ vård skrivs det här)		Sjuksköterska kontaktad Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>																						
		<b>Sjuksköterskans namn</b>	<b>Tfn:</b>																					