Individuell checklista – Trygg hemma

Checklistan upprättad av:

Personuppgifter
Namn:
Personnummer:
Telefon:

Erbjudande om en första bedömning
Datum:
☐ Tackar ja ☐ Tackar nej
Om nej, datum för ny kontakt:

Datum:
Orsak till identifiering:

Identifiering via
☐ Systemsökning
☐ Närstående
☐ Hälsocentral
☐ Hemtjänst
☐ Hemsjukvård
☐ Bistånd
☐ Ambulans
☐ Sjukhus

Namn på den som identifierat/signalerat

Första bedömningen Datum:

☐ Hemmet ☐ Hälsocentralen

☐ Annan plats:

Deltagare första bedömningen:

☐ Dsk HC
☐ Kontaktperson K
☐ Bistånd
☐ Dsk K
☐ Fysioter K HC Ringa in!
☐ Arbter K HC Ringa in!
☐ Annan

Åtgärder fokuspersoner:

Läkemedelsgenomgång
☐ Läkemedelsgenomgång genomförd

Fast vårdkontakt
☐ Utsedd i samråd med patienten* och kontakt-uppgifter är lämnade

Samordnad individuell plan (SIP)
☐ Samtycke har lämnats

☐ Upprättad tillsammans med patienten*som har fått sitt eget exemplar

Datum:

Utfört screening av läkemedelsrelaterade symtom inför läkemedelsgenomgång ***(enligt Phase 20)***

☐ Ja ☐ Nej

Utförda riskbedömningar ***(enligt kvalitetsregistret Senior alert)***

☐ Fall ☐ Munhälsa
☐ Trycksår ☐ Inkontinens
☐ Undernäring

Bedömd som fokusperson efter första bedömning:

☐ Ja ☐ Nej

Uppgifterna registrerade i esMaker ☐

Kommentarer: *(Till exempel om personen tackar nej eller inte bedöms ha fortsatta behov efter första bedömningen)*

* *Med anhörig/närstående om patienten är oförmögen att delta*