

Trygg hemma

Bilaga 1. Individuell checklista

Checklistan upprättad av:																
Personuppgifter Namn: Personnummer: Telefon:	Erbjudande om en första bedömning Datum: <input type="checkbox"/> Tackar ja <input type="checkbox"/> Tackar nej Om nej, datum för ny kontakt:															
Datum: Identifiering av: <input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Landsting	Första bedömningen datum: _____ <input type="checkbox"/> Hemmet <input type="checkbox"/> Hälsocentralen <input type="checkbox"/> Annan plats:															
<input type="checkbox"/> Geriatrisk riskbedömning <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Fem eller fler läkemedel?</td> <td style="width: 10%;">1 poäng</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ensamboende eller saknar anhöriga?</td> <td>1 poäng</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?</td> <td>1 poäng</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring)?</td> <td>2 poäng</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?</td> <td>1 poäng</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Fem eller fler läkemedel?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Ensamboende eller saknar anhöriga?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring)?	2 poäng	<input type="checkbox"/>	Inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?	1 poäng	<input type="checkbox"/>	Deltagare första bedömningen: <input type="checkbox"/> Dsk HC <input type="checkbox"/> Kontaktpersonal K <input type="checkbox"/> Bistånd <input type="checkbox"/> Dsk K <input type="checkbox"/> Rehab HC <input type="checkbox"/> Rehab K <input type="checkbox"/> Annan:
Fem eller fler läkemedel?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
Ensamboende eller saknar anhöriga?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
Svårigheter att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring)?	2 poäng	<input type="checkbox"/>														
Inlagd på sjukhus under de senaste tre månaderna?	1 poäng	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/> Antal poäng. Upprättad av _____ Namn & funktion på den som identifierat/signalerat: <hr/>																
Åtgärder fokuspersoner: Läkemedelsgenomgång <input type="checkbox"/> Läkemedelsgenomgång genomförd Fast vårdkontakt <input type="checkbox"/> Utsedd i samråd med patienten* och kontaktuppgifter är lämnade Samordnad individuell plan (SIP) <input type="checkbox"/> Samtycke har lämnats <input type="checkbox"/> Upprättad tillsammans med patienten* som har fått sitt eget exemplar Datum:	Utförd screening av läkemedelsrelaterade symptom inför läkemedelsgenomgång (enligt Phase 20) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Utförda riskbedömningar (enligt kvalitetsregistret Senior alert) <input type="checkbox"/> Fall <input type="checkbox"/> Trycksår <input type="checkbox"/> Undernäring <input type="checkbox"/> Munhälsa <input type="checkbox"/> Inkontinens Bedömd som focusperson efter första bedömning: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej															
Kommentarer: (Tex. Om personen tackar nej eller inte bedöms ha fortsatta behov efter första bedömningen)																

*Med anhörig/närstående om patienten är oförmögen att delta. Den som identifierar en fokusperson fyller i den gråa boxen.