

3. FØRSTE VURDERINGSBESØK I HJEMMET/ PÅ INSTITUSJON. Dato: 11.02.2014, revidert: 17.07.17

Skrives ut tosidig. Relevant informasjon overføres til fagsystemet. Skjema skannes til journal.

Utføres av sykepleier innen tre dager etter utskrivning fra sykehus. Brukes også hos nye pasienter, ved en kartleggingsamtale

Les gjennom <ul style="list-style-type: none">• E- meldingsutveksling med sykehuset• Utskrivningsrapport, epikrise/ klinisk brev av notat• Andre skriv fra sykehuset• Dokumentasjon vedrørende pasient før kartleggingsbesøket	Ta med til pasienten <ul style="list-style-type: none">• Søknadsskjema for pleie og omsorgstjenesten• Infohefte om IPLOS –registrering• Samtykkeerklæring• Infobrosjyrer om hjemmetjenesten/ institusjon• Skjema: Tilbud om gratis tannbehandling• Vekt• MNA; ernæringskartleggingskjema
--	---

Navn:		Fødselsnr:	
Adresse:		Sivilstand:	
Postnr/sted		Telefon:	

Pårørende

Navn og relasjon hovedpårørende:		Telefon/ mobil:	
Adresse			
Postnr./sted:			
Andre pårørende: (navn, relasjon og telefon)			
Fastlege:		Legekantor:	Telefon:

Boforhold

Bolig:	<input type="checkbox"/> Egen bolig <input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Kårbolig. <input type="checkbox"/> Bemannet bolig	Boforhold: <input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Sammen med andre
Beskriv bolig (tenk forebygging, brannsikkerhet, trapper, bad/soverom hovedplan?, hindringer m.m.)		

Nettverk, sosiale aktiviteter og interesser

Pårørende, naboer, venner; hjelp gitt av disse?	
Sosialt nettverk:	
Aktiviteter, interesser:	

Aktuell situasjon

Aktuell sykdom/ situasjon: (Smerter, infeksjon, forvirring, hukommelse, depresjon.)	
Mål for tjenesten/oppholdet; hva er viktig for deg?	
Tidl. sykdommer/ diagnoser: Etterspør diagnosekoder hos fastlege <input type="checkbox"/>	
Medisiner Oppstart nye medikamenter? Behov for oppfølging av dette?	Kan pasienten adm. sine medisiner selv: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Opprettet tiltak i tiltaksplan <input type="checkbox"/> Legemiddelgjennomgang planlagt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Kost / ernæring

Allergier:		Vekt:	
Dietter:		Høyde:	
Kartlagt ernæringstilstand: Hvilket kartleggingsskjema er benyttet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei. Hvis nei; hvorfor ikke?		<input type="checkbox"/> Dato for kartlegging satt:
Matlyst/ spesielle ønsker:	<input type="checkbox"/> MNA <input type="checkbox"/> SGA <input type="checkbox"/> Annet:	Søkt HELFO om refusjon av næringsdrikker? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke relevant	

Nåværende funksjonsnivå

Syn: Kontakt med øyelege: Hjelpemidler:	
Hørsel: Kontakt med audiograf eller ØNH- lege: Hjelpemidler:	
Personlig hygiene: kartlegge behov	

Tannpleie, status: fyll ut skjema	
Mobilitet inne: Mobilitet ute:	
Søvn/ hvile:	
Respirasjon:	
Eliminasjon/ obstipasjon? Kontinentet for urin og avføring?	
Sirkulasjon: Ødemer, BT og puls.. Hud/ sår:	
Smerter:	Hvor? <input type="checkbox"/> EAPC/ ESAS tatt i bruk
Psykososialt: Ensomhet, utrygghet Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritert og/eller mistenksom	
Daglige beslutninger: Er pasienten i stand til å ta ansvar/planlegge daglige gjøremål? Kommunikasjon Forvirringstilstand Svikt i hukommelse	

Hvilke tjenester har pasienten behov for? Henvis og samarbeid!

Hjemmesykepleie:	
Hjemmehjelp:	
Matombringing:	
Trygghetsalarm: Forstår pasienten å bruke den?	<input type="checkbox"/> Alarm testet
Støttekontakt:	
Aktivitetssenter/dagsenter	
Transporttjeneste:	
Ergoterapi:	
Velferdsteknologi:	
Fysioterapi:	
Treningsgrupper:	

Kreftsykepleie:	
Psykiatrisk sykepl.:	
Demensomsorg:	
Frivilligsentral:	
Behov for tverrfaglig samarbeid:	
Hverdagsrehabilitering/ mestringstilbud:	
Helsesøster:	

Hjelpemidler

Hjelpemidler: forstår bruk av eksisterende, nye behov?	
---	--

Videre oppfølging

Oppfølgingssamtale; Dato satt:	
Kontroll hos fastlege etter ca.to uker	Er time bestilt; <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Av hvem: Behov for følge: Følges av:
Send e- melding til fastlege dagen før timen: Gjennomgang legemidler, vurdere rehabiliteringsbehov, planlegge oppfølging.	
Veibeskrivelse: Beredskapsplan nødvendig Behov for nøkkel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Nøkkelnummer lagt inn i fagsystem

Etter vurderingssamtalen:

Fyll ut IPLOS på brukerbildet og ADL.

Fremfør dato for oppfølgingssamtale

Skriv inn alle opplysninger i fagsystemet/ opprett relevante tiltak med bakgrunnsinformasjon, prosedyrer og mål.

Signatur sykepleier:

Dato: