

### Personuppgifter

Namn:	Personnummer:
Boendets namn, adress och avdelning:	Telefon:

### Patientinformation

Anledning till akutbesvär och vidtagna åtgärder:		
Temp:	Blodtryck:	mmHg
Andning: /min	Puls:	slag/min
Medvetandegrad:	Saturation:	%
Senast givna läkemedelsordination:	Klockslog:	
Överkänslighet: Ingen känd Ja:		

### Bedömning **SeniorAlert**

Fall:	Ingen risk	Risk		
Undernäring:	Ingen risk	Risk		
Trycksår:	Ingen risk	Risk	Trycksår grad 1	Trycksår grad 2-4
Hudbedömning:	Ej utförd	Utförd:		
Påbörjade åtgärder:				Datum:
Hjälpbehov:				
Personlig hygien	Svårigheter att tala	Äta/Dricka		Sväljsvårigheter
På- och avklädning	Svårigheter att förstå	Läkemedel		Förflyttning
Toalettbesök	Nedsatt hörsel	Dement		Övrigt:
Inkontinenshjälpmedel	Nedsatt syn	Fallrisk		

### Närstående

Närstående / God man:		Telefon:	
Relation:			
Närstående informerad: Ja Nej		Kontakt med primärvården: Ja Nej	
Namn:		Bedömning enligt beslutsstöd: Ja Nej	

### Information boende

Ansvarig sjuksköterska i hemsjukvården:			
Boendeinsatser:		Medsänt:	
Särskilt (SoL)	Korttid	Hörapparat	Legitimation
Särskilt (LSS)	Ordinärt	Glasögon	Nycklar
Hemtjänst		Tandprotes	
Personlig assistans		Ögondroppar	
Ensamboende		Inhalator	
Den som skickar in patienten:		Datum:	
Titel:	Telefon:	Kontaktnummer kommunen:	

Samtycke till informationsöverföring medges