

## Aktuell situation från hemtjänsten

Den enskildes namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon:

Vad har hänt? Dokumentera enligt SBAR.

<b>S</b> – Situation, t. ex. vad har hänt:
<b>B</b> – Bakgrund, t. ex. sjukdomar av betydelse ex. diabetes, blodförtunnande:
<b>A</b> – Aktuellt tillstånd, t. ex. nyttillkommen svaghet, feber, andningspåverkan:
<b>R</b> – Rekommendation, t. ex. haft kontakt med 1177, skickar in till akuten:

### Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Personlig hygien	<input type="checkbox"/> Svårigheter att tala	<input type="checkbox"/> Äta/Dricka	<input type="checkbox"/> Sväljsvårigheter
<input type="checkbox"/> På- och avklädning	<input type="checkbox"/> Svårigheter att förstå	<input type="checkbox"/> Läkemedel	<input type="checkbox"/> Förflyttning
<input type="checkbox"/> Toalettbesök	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/> Nedsatt minne	<input type="checkbox"/> Trycksår
<input type="checkbox"/> Inkontinenshjälpmedel	<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Fallrisk	
Övrigt:			
Hjälpmedel:			

### Närstående

Närstående / God man: Relation / telefon:	Listad på vilken hälsocentral:
Närstående informerad: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kontakt med hälsocentral: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Namn / telefon:	Kontakt med 1177: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### Information

Boendeinsatser: <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Endast trygghetslarm <input type="checkbox"/> Ensamboende	Medskickat, ex hörapparat, nycklar, glasögon:
Ifyllt av: Titel:	Hemtjänstgrupp:
	Datum: Telefon:
<input type="checkbox"/> Den enskilde samtycker till att information lämnas vidare	