

Upprättare: Petra M Hultén

Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun) Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

Gäller inskrivning HSV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej.		Gäller utskrivning HSV <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej.	
Patienten har lämnat samtycke till informationsutbyte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Patientidentitet		Ansvarig HC:	
Personnummer:		Behandlande läkare:	
Namn:		Utsedd fast vårdkontakt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Adress:		Namn:	
Postnr/ort:		Befattning:	
Portkod:		Tfn:	
Tfn inkl. riktnr:		Omvårdnadsansvarig SSK/AT/SG i hemsjukvård:	
Närstående:			
Tfn inkl riktnr:			
Deltagare vid vårdplaneringen			
Patient <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Närstående <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Legal företrädare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Om nej , ange orsak:		Namn	
		Namn	
PV/HSV samt yrkesroll			
Namn: _____			
Namn: _____			
Namn: _____			
Namn: _____			
Namn: _____			

Formulär**Dokumentnamn:** Gemensam planering hemsjukvård - In-och utskrivning (Primärvård-Kommun)
Hälsa- och sjukvård Region Gävleborg

2(3)

Dokument ID: 09-195232**Giltigt t.o.m.:** 2024-10-092-03-15**Revisionsnr:** 5

Situation: (Patientens förväntningar och upplevda behov av vård, omsorg och rehabilitering/habilitering. Kontaktorsak).	
Bakgrund: (Hälsa- och sjukdomshistoria, gjorda utredningar, erhållen behandling, pågående behandling (tidigare aktivitet och delaktighet, P-adl, personligt stöd och relationer, hemtj/LSS, bostad, hjälpmedel)	
Aktuellt tillstånd: Bedömning av aktuellt medicinskt tillstånd, funktionsnivå, aktuell aktivitetsförmåga och delaktighet	
Rekommendation (Fortsatt vård/behov av rehabilitering)	
Mål: (Gemensamt uppsatta mål)	

Överlämning av aktuella underlag

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---|
| Medicinsk sammanfattning av läkare | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Enl. överenskommelse |
| Fördjupad läkemedelsgenomgång genomförd? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Planerad |
| Aktuell läkemedelslista? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Planerad |
| Kan patienten självständigt ansvara för läkemedel? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Anhörig sköter |
| Om nej, finns låsbart skåp? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Vid Apodos, finns behov av ändrad kontaktperson och/eller leveransadress? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Omvårdnadsepikris/ sammanfattning? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Senior Alert profil? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Aktuella förskrivna inkontinensmaterial/ stomihjälpmiddel? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |

Om ja:

Övrigt:

- | | Arbetsterapeut: | | | Fysioterapeut/SG | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Sammanfattning av insatser | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt |
| Genomgången hjälpmiddelsförteckning | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt |
| BMB av hjälpmiddel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt |
| Träningsprogram/instruktion | <input type="checkbox"/> Ja, bifogas | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt | <input type="checkbox"/> Ja, bifogas | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ej aktuellt |
| Egenvård (hälsa-och sjukvård som en patient utför själv, eller med hjälp av någon annan, efter bedömning av legitimerad hälsa- och sjukvård) | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |

- om ja, Planering: