

**Falck**BLANKETT för bokning av
HEMBESÖK AV LÄKARE

0771 75 25 25

Telefonrådgivning - vardagar kl 17 – 08; helgdagar dygnet runt

Datum och tidpunkt för beställning

 hembesök telefonrådgivning**Beställare**

Namn:	Befattning:	Kommun:
Återkoppling önskas till tel nr:		Återkoppling: <input type="checkbox"/> har skett <input type="checkbox"/> har ej skett

Patient

Namn:	Personnummer:	Doskund: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Boendet namn:	Adress:	

Ifylles av sjuksköterska i hemsjukvården före bokning/telefonrådgivning

Orsak till kontakt	Vitala parametrar	Kort anamnes r/t dagens problem
<input type="checkbox"/> andningsbesvär <input type="checkbox"/> allmäntillstånd <input type="checkbox"/> CNS (exkl psykiatri) <input type="checkbox"/> dödsfall <input type="checkbox"/> gyn/urinvägar <input type="checkbox"/> hjärta-kärl <input type="checkbox"/> hud <input type="checkbox"/> infektion <input type="checkbox"/> mage/tarm <input type="checkbox"/> psykiatri <input type="checkbox"/> smärta <input type="checkbox"/> trauma <input type="checkbox"/> ögon <input type="checkbox"/> öron	kl sign: <input type="checkbox"/> blodtryck/..... <input type="checkbox"/> puls <input type="checkbox"/> andningsfrekvens <input type="checkbox"/> temp <input type="checkbox"/> medvetandegrad <input type="checkbox"/> alert och adekvat <input type="checkbox"/> ej orienterad till tid och rum <input type="checkbox"/> medvetandesänkt Övriga värden <input type="checkbox"/> saturation % <input type="checkbox"/> teststicka <input type="checkbox"/> annat

Ifylles av läkare vid hembesöket

Prover/undersökningar vid besöket	Närstående kontaktade <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vitala parametrar kl sign: <input type="checkbox"/> blodtryck /..... <input type="checkbox"/> puls <input type="checkbox"/> andningsfrekvens <input type="checkbox"/> temp <input type="checkbox"/> medvetandegrad <input type="checkbox"/> alert och adekvat <input type="checkbox"/> ej orienterad till tid och rum <input type="checkbox"/> medvetandesänkt <input type="checkbox"/> saturation % <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> P-glukos ...	Bedömning/råd

Läkemedel (OBS! ska införas på patientens ordinationshandling)

Läkemedlets namn	form	styrka	dosering	adm. sätt	tidpunkt för adm.
Datum	underskrift läkare				
Tidpunkt	namnförtydligande				