

# TryggVE

## Checklista

Personnummer: .....

Namn: .....

Adress/Ort: .....

<b>Boendeform:</b> <input type="checkbox"/> Ordinärt boende <input type="checkbox"/> Särskilt boende	<b>Vårdcentral:</b> ..... <b>PAL:</b> .....
---	--

### Del 1 - Kontakt (fylls i och åtgärdas av den person som först får information om patienten)

<b>Datum:</b> .....	<b>Mottagande enhet:</b> <input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Korttid, tfn inkl rikt nr ..... <input type="checkbox"/> Primärvård
<b>Kommer från:</b> <input type="checkbox"/> Sjukhus <input type="checkbox"/> Primärvård <input type="checkbox"/> Korttid <input type="checkbox"/> Hemmet	Om patienten ska till korttid, faxa information till berörd korttid <input type="checkbox"/>
<b>Kontaktsätt:</b> <input type="checkbox"/> KLARA SVPL <input type="checkbox"/> TryggVE-journal <input type="checkbox"/> Informationsöverföring mellan kommun och primärvård <input type="checkbox"/> Rutiner för överrapportering arbetsterapi och sjukgymnastik	
<b>Inskrivnen hemsjukvården:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Insatser enligt Socialtjänstlagen:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Märkning i journalen:</b> Sign: .....	<b>Biståndshandläggare:</b> .....
<b>Meddelande till berörd personal:</b>	<b>Tfn</b> ..... <b>Mobil</b> .....
PAS/OAS sign:..... Arbetsterapeut sign: ..... Sjukgymnast sign: ..... Biståndshandläggare sign:.....	
<b>Hembesök/telefonkontakt med patient inom 48 timmar:</b>	
Sjuksköterska <input type="checkbox"/> Ja, datum: ..... Arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Ja, datum:.....	
Sjukgymnast <input type="checkbox"/> Ja, datum: ..... Biståndshandläggare <input type="checkbox"/> Ja, datum:.....	
<b>Information lämnad till patienten/närstående om vart hon/han/de kan vända sig:</b> Sign:.....	

### Del 2 - Bedömning (fylls i av sjuksköterska vid första kontakten med patienten)

<b>Bedömning</b> Utförd, vilket/vilka instrument? Var? S / P / K Ej utförd? Ej aktuell?	<b>Datum</b> Utförd bedömning	<b>Mottagare</b> Yrke, signatur ansvarig	<b>Uppföljning/planering</b> När? Av? PAL/Sjuksköterska/ Arbetsterapeut/Sjukgymnast/Dietist?
<b>Trygghet</b> Hur trygg känner sig patienten? Vet patienten vart han/hon kan vända sig?			
<b>Psykisk hälsa</b> <b>HAD</b> (Hospital Anxiety and Depression Scale)			
<b>MMT</b> (Mini Mental Test) och <b>klocktest</b>			
<b>AUDIT</b> (Alcohol Use Disorder identification Test)			
<b>Läkemedel</b> Läkemedelsavstämning			
Symtomskattning			
Apotekarebedömning			
Olämpliga läkemedel			
<b>Prevention</b> Trycksårsbedömning (t.ex. RBT, Riskbedömning Trycksår)			
Fallriskbedömning			
<b>Rehabilitering</b> Funktionsförmåga			
Aktivitetsförmåga			
<b>Nutrition</b> MNA (Mini Nutritional Assessment)			

**Kommun (K), Primärvård (P), Sjukhus (S)**

**Del 1. Kontakt**, fylls i och åtgärdas av den person som tar emot överrapporteringen om TryggVE-patienten.

**Del 2. Bedömning**, fylls i av sjuksköterska vid första kontakt med patienten.

**Del 3. Utförda bedömningar**, fylls i fortlöpande av PAS/OAS.

Checklistan kommer att användas som underlag vid utvärdering av TryggVE-projektet.