

TryggVE

Checklista

Personnummer:

Namn:

Adress/Ort:

Del 3 - Utförda bedömningar enligt TryggVE-modellen (fylls i fortlöpande av PAS/OAS)

Kommun/kommundel/vårdcentral:

Bedömning Utförd när och av vilken vårdgivare K / P / S	Bedömning utförd		Bedömning utförd		Bedömning utförd		Bedömning utförd		Bedömning utförd		Bedömning utförd	
	Datum		Datum		Datum		Datum		Datum		Datum	
Trygghet Hur trygg känner sig patienten?		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Psykisk hälsa HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
MMT (Mini Mental Test) och klocktest		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
AUDIT (Alcohol Use Disorder identification Test)		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Läkemedel Läkemedelsavstämning		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Symtomskattning		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Bedömning av olämpliga läkemedel		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Prevention Trycksårsbedömning (t.ex. RBT, Riskbedömning Trycksår)		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Fallriskbedömning		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Rehabilitering Funktionsförmåga		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Aktivitetsförmåga		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S
Nutrition MNA (Mini Nutritional Assessment)		K		K		K		K		K		K
		P		P		P		P		P		P
		S		S		S		S		S		S

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.