

# Inrapporteringsunderlag

# TryggVE

Inrapporterande verksamhet: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

## Bakgrundsdata om patienten

**Kön:**  Man  Kvinna **Personnr:** \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD) - \_\_\_\_\_ (xxxx)

**Boendeform:**  Ordinärt boende  Särskilt boende  Vistas på korttidsboende

När blev patienten identifierad som TryggVE-patient första gången? \_\_\_\_ (ÅÅ) \_\_\_\_ (MM)  Vet ej

Var blev patienten identifierad som TryggVE-patient första gången?

Kommun  Primärvård  Sjukhus  Vet ej

Har samlad vårdplanering skett:  Ja  Nej  Vet ej

Inskriven i hemsjukvård:  Ja  Nej  Vet ej

Finns namngiven PAL:  Ja  Nej  Vet ej

Finns namngiven PAS / OAS:  Ja  Nej  Vet ej

Finns kontakt med AT:  Ja  Nej  Vet ej

Finns kontakt med SG:  Ja  Nej  Vet ej

Insater enligt Socialtjänstlagen:  Ja  Nej  Vet ej

## Bedömningar

### Trygghet

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Blev patienten kontaktad inom 48 timmar efter senaste kontakt med annan vårdgivare / verksamhet?

Ja  Nej  Vet ej

Är information lämnad till patient/anhörig om vart hon/han/de kan vända sig:

Ja  Nej  Vet ej

Patientens skattning enligt VAS-skalan, på frågan:

Hur trygg känner du dig här och nu? \_\_\_\_\_ (Ange svar mellan 1-10)  Vet ej

Hur trygg känner du dig normalt i din hemsituation? \_\_\_\_\_ (Ange svar mellan 1-10)  Vet ej

### Risk för trycksår

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger risk för trycksår?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Risk för fall

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger risk för fall?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Risk för undernäring

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger risk för undernäring?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Ångest och depression

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger misstanke om depression / ångest?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Demens

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger misstanke om demens?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Alkoholkonsumtion

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger riskbruk av alkohol?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Funktionsförmåga

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger nedsättning av funktionsförmåga?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan/åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej  Ej aktuellt

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Aktivitetsförmåga

Senaste bedömning utförd inom:  Kommun  Primärvård  Sjukhus

Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)

Föreligger nedsättning av aktivitetsförmåga?  Ja  Nej  Vet ej

Om Ja, finns upprättad omvårdnadsplan / åtgärdsplan?  Ja  Nej  Vet ej  Ej aktuellt

Finns uppföljningsdatum angivet?  Ja  Nej  Vet ej

### Läkemedel

Senast genomförda Läkemedelsavstämning Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)  Vet ej

Utförd inom:  Kommun  Primärvård

Senast genomförda Symtomskattning Datum: \_\_\_\_\_ (ÅÅMMDD)  Vet ej

Utförd inom:  Kommun  Primärvård