

Gäller för: Ortopedklinik

Giltig från: 2025-02-19

Innehållsansvar: Katarina Karlsson, (katca3), Undersköterska

Giltig till: 2027-02-19

Godkänd av: Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

# Checklista förvägsplanering

Patient-ID:

Närstående:	Sekretess
Namn: _____	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Telefonnummer: _____	

Sysselsättning:	
Pensionär? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Sysselsättning:
Boende:	
Ensamboende? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Boendeform Villa <input type="checkbox"/> Lägenhet <input type="checkbox"/>
Finns det trappor? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Raka <input type="checkbox"/> Svängda <input type="checkbox"/> Ute <input type="checkbox"/> Hiss <input type="checkbox"/>	Hemtjänst/hemsjukvård sedan tidigare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Höga trösklar? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Dusch? <input type="checkbox"/> Badkar? <input type="checkbox"/>
Aktivitet:	
Använder du några gånghjälpmedel?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vilka:	
Rullstolsburen:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Har du några andra hjälpmedel i bostaden?	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vad:	
Kommunikation:	

Behov av tolk? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Synnedstättning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vilket språk?	Klar och adekvat? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
<b>Personlig vård</b>	
<b>Dusch</b>	Innan operation: Efter operation:
<b>Toalettbesök</b>	Efter operation:
<b>Av- &amp; påklädning</b>	Efter operation:
<b>Förflyttning</b>	Efter operation:
<b>Hemliv</b>	
<b>Matinköp</b>	Efter operation:
<b>Att bereda måltider</b>	Efter operation:
<b>Läkemedelshantering:</b>	
Apodos? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Rehab:</b>	
Vårdcentral: _____ Rehabmottagning: _____ Kan du ta dig till vårdcentralen för träning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om nej, inskrivning i hemsjukvård? <input type="checkbox"/>	Klarar du av ditt träningsprogram själv? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om nej, inskrivning i hemsjukvård? <input type="checkbox"/>
<b>Hud:</b>	
Har du några sår? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Svamp? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Eksem? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Skör hud? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hudsjukdom? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Vilken?
<b><i>Kolla igenom patientens hudkostym!</i></b>	
<b>Utskrivning:</b>	
Har du ordnat så någon närstående kan hämta dig vid utskrivningen? Den brukar ske vid förmiddagen: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b><i>Vid sjukresa, skriv digitalt sjukreseintyg!</i></b>	

# Dokumentinformation

## **Innehållsansvarig**

Katarina Karlsson (katca3), Utskrivningskoordinator, VO kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals, SÄS

Felicia Batta, Undersköterska, VO kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals, SÄS

## **Fastställt av**

Johan Bergfors, Vårdenhetschef, VO kirurgi, ortopedi och öron-näsa-hals, SÄS

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Patientinformation

**Gäller för:** Ortopedklinik

**Innehållsansvar:** Katarina Karlsson, (katca3), Undersköterska

**Godkänd av:** Johan Bergfors, (johla21), Vårdenhetschef

**Dokument-ID:** SAS9661-824188937-29

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2025-02-19

**Giltig till:** 2027-02-19