

Namn: Personnummer:

Situation

Gyn Kir Ort Övrigt

S

Bakgrund (Relevant sjukhistoria, helhetsbild)

B

- Eventuell smittorisk
- Särskilt boende Hemtjänst x _____

Aktuellt (Status)

A

Aktuella provsvar _____

Rekommendation (Åtgärd)

R

- Op EKG BLG Bastest PVK PAC
- Ordinerade prover _____ Dropp
- Röntgen _____
- AK Flyt Fasta Säng Rullstol

Bekräftelse på kommunikation: Finns fler frågor? Är vi överens?

BAS

Säng:: Tid:

Längd:

Vikt:

Temp:

P-gl:

SpO2: %

Puls:

Regelbunden: Ja Nej

RLS:

Bltr:/.....

Sekretess: Ja Nej

ID-band: Ja Nej

Matallergi: Ja Nej