



**Esitietolomake kotihoidon asiakkaan terveys- ja hoitosuunnitelmaa varten 1.0**

Hoitoneuvottelu on varattu: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_

Neuvotteluun on kutsuttu:			
Asiakkaan nimi:		Syntymäaika:	
Lomakkeen täyttäjä:		Päivämäärä:	
Asiakkaan sairaudet:			
Tehdyt leikkaukset ja vuodet:			
Allergiat:			
<b>Nikotiinituotteet ja päihteet:</b>			
<b>Tupakka</b>			
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Askivuodet	Lopettanut vuonna:
<b>Muut nikotiinituotteet</b>			
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Mitä?	Käyttömäärä/vrk
<b>Alkoholi</b>			
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Mitä?	Käyttömäärä/vrk
<b>Muut päihteet</b>			
<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä	Mitä?	Käyttömäärä/vrk
<b>Virtsankulku</b>			
<input type="checkbox"/> Wc	<input type="checkbox"/> Vaipat	<input type="checkbox"/> Kestokatetri	<input type="checkbox"/> Kystostooma
<input type="checkbox"/> Retentiotaipumus	<input type="checkbox"/> Toistuvat kertakatetroinnit	/vrk	
<b>Vatsantoiminta</b>			
<input type="checkbox"/> Säännöllistä	<input type="checkbox"/> Ummetusta	<input type="checkbox"/> Ripulia	
<b>Kipu</b>			
<input type="checkbox"/> Ei kipuja	<input type="checkbox"/> Kivut hallinnassa nykyisellä lääkkityksellä	<input type="checkbox"/> Kipulääkityksen tehostamisen tarve	
<input type="checkbox"/> Kipulääke käytössä	Syy:		
<b>Suun terveys</b>			
<input type="checkbox"/> Omat hampaat	<input type="checkbox"/> Proteesit	Viimeisin hammastarkastus:	
<b>Paino:</b>	<input type="checkbox"/> Seisten	<input type="checkbox"/> Istuen	<input type="checkbox"/> Maaten <b>Pituus:</b>

<b>Edunvalvonta</b>			
		Ei	Kyllä
Edunvalvontavaltuutus tehty		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edunvalvontavaltuutus voimassa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edunvalvojan nimi:			
<b>Eläkettä saavan hoitotuki</b>			
<input type="checkbox"/> ei ole haettu	<input type="checkbox"/> Myönnetty, ajanjakso:		
<input type="checkbox"/> Alin	<input type="checkbox"/> Korotettu	<input type="checkbox"/> Korkein	
<b>Hoidon rajaukset</b>			
	Ei	Kyllä	Ei tiedossa/ei keskusteltu
DNR-päätös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palliativinen hoitolinja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vältetään invasiivisia tutkimuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitotahto tehty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitotahdon pääkohdat:			
Mahdolliset muut hoidon rajaukset:			
<b>Kognitiivinen toimintakyky:</b>			
MMSE	pistettä	Päivämäärä	
<b>Kommunikointi</b>			
<input type="checkbox"/> Ei kommunikointiin vaikuttavia asioita			kielen tulkin tarve
<b>Liikkumisen apuvälineet:</b>			
<input type="checkbox"/> Ei apuvälinetarvetta			
Kävelykeppi		<input type="checkbox"/> sisällä	<input type="checkbox"/> ulkona
Rollaattori		<input type="checkbox"/> sisällä	<input type="checkbox"/> ulkona
Pyörätuoli		<input type="checkbox"/> sisällä	<input type="checkbox"/> ulkona
<input type="checkbox"/> Vuodehoitoinen	Lisätietoja:		
<input type="checkbox"/> Muu apuväline	Lisätietoja:		
<b>Avuntarve</b>			
	<b>täysin itsenäisesti</b>	<b>osin itsenäisesti / yhden avustamana</b>	<b>täysin avustettuna / kahden avustettava</b>
Lääkehoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peseytyminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC-käynnit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syöminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikkuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Kompressiohoito:</b>		
<input type="checkbox"/> Ei kompressiohoitoa	<input type="checkbox"/> Tukisukat	<input type="checkbox"/> Tukisidokset
<b>Kaatumisriski:</b>		
<input type="checkbox"/> Ei kaatumisia	<input type="checkbox"/> Kaatunut viimeisen puolen vuoden sisällä	<input type="checkbox"/> Kaatunut toistuvasti
<b>Kotihoidon käyntejä</b>	krt/vrk	<b>Etähoiva</b> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
<b>Tukipalvelut</b>		
Läheiset apuna arjessa	Ketkä?	
Omaishoitaja	<input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä, kuka?
<input type="checkbox"/> Kauppapalvelu	<input type="checkbox"/> Turvahälytin	<input type="checkbox"/> Lääkeautomaatti
<input type="checkbox"/> Annosjakelu	<input type="checkbox"/> Ovihälytin	<input type="checkbox"/> Muu, mikä?
<b>Päivätoiminta</b>		
Missä ja kuinka usein?		
<b>Säännölliset lyhytaikaisjaksot</b>		
Missä ja kuinka usein?		
<b>Rokotukset</b>		
<b>Tuki, seuranta ja arviointi</b>		
	Ei	Kyllä
Sydämen vajaatoiminnan/tahdistimen etäseuranta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kotihoidon kansio ajan tasalla (pvm):		
Kotihoidon tiimi ja puhelinnumero:		
Kotihoidon sairaanhoitaja ja puhelinnumero:		
Asiakasohjaaja ja puhelinnumero:		