

Päivystyskäynnin esitietolomake

PSHP Ikäihmisten akuuttihoitoketju 2018
PSHP Lonkkamurtumapotilaan hoitoketju 2018

Henkilötiedot

Asiakkaan nimi		Henkilötunnus
Osoite + tarkenne (krs-talo / rivitalo / okt + tieto rappusista)		
Kotikunta	Asiakkaan puhelin (jos käytössä)	
Omaisien nimi	Puhelinnumero	Omainen tietää <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Hoitopaikan/palveluntuottajan nimi ja osasto	Hoitopaikan puhelinnumero	Ympäri vuorokautinen hoito? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

Esitiedot

Pitkäaikaissairaudet <input type="checkbox"/> Muistisairaus (mikä, milloin tod., viim. testitulokset): <input type="checkbox"/> Tekonivel, mikä? <input type="checkbox"/> Tahdistin <input type="checkbox"/> Katetri tai avanne, mikä? <input type="checkbox"/> Vaipat/inkontinenssisuojat <input type="checkbox"/> Marevan tai muu antikoagulanttihoito (annostus lääkelistalla) <input type="checkbox"/> Insuliinihoito	Pituus cm	Eristystarve
	Paino kg	
	Lääkelista mukana <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei Mikäli ei, täytä kääntöpuolelle! Kotihoidon kansio <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Sähköinen	Hoidon rajaukset <input type="checkbox"/> Aiempi DNR-päätös <input type="checkbox"/> Muu hoitotahto Milloin ja mihin kirjattu?
Allergiat	Ruokavalio	

Toimintakyky

Palvelut <input type="checkbox"/> Kotihoitokäynnit /vrk/vko <input type="checkbox"/> Ateriapalvelu <input type="checkbox"/> Lääkejako <input type="checkbox"/> Turvaranneke <input type="checkbox"/> Muut palvelut:	Asuminen <input type="checkbox"/> Yksin asuva <input type="checkbox"/> Puolison tai muun omaisen kanssa <input type="checkbox"/> Omaishoitajuus <input type="checkbox"/> omaishoitaja <input type="checkbox"/> omaishoidettava <input type="checkbox"/> Ympäri vuorokautinen hoito Puhe <input type="checkbox"/> Sujuvaa <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Ei puhu	Käytössä olevat apuvälineet ja milloin käyttää <input type="checkbox"/> Pyörätuoli <input type="checkbox"/> Rollaattori <input type="checkbox"/> Kävelykeppi <input type="checkbox"/> Ei apuvälineitä <input type="checkbox"/> Kuulolaite <input type="checkbox"/> Silmälasit <input type="checkbox"/> Hammasproteesit Liikkuuko kodin ulkopuolella? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Yksin <input type="checkbox"/> Saattajan kanssa <input type="checkbox"/> Ei
Avuntarve <input type="checkbox"/> Täysin omatoiminen <input type="checkbox"/> Kodin ulkopuolisissa asioissa <input type="checkbox"/> Kotitöissä <input type="checkbox"/> Päivittäisissä perustoiminnoissa		
Liikuntakyky <input type="checkbox"/> Täysin itsenäisesti <input type="checkbox"/> Apuvälinein itse <input type="checkbox"/> Avustettuna <input type="checkbox"/> Vuodepotilas		

Lähtettämisen syy + huomioitavia asioita

Akuutti ongelma (milloin oireet alkaneet ja miten kehittyneet), löydökset, tutkimustulokset, annetut lääkkeet + muut huomiot

Kotiutuminen

Huomioita kotiutumisesta/siirrosta, minne/kenelle ilmoitettava?	Asiakkaalla mukana <input type="checkbox"/> Vaatteet ja kengät <input type="checkbox"/> Avaimet <input type="checkbox"/> Taksiraha <input type="checkbox"/> Apuvälineet <input type="checkbox"/>
---	---

Lähtäjän tiedot

Lähtäjän nimi	Suhde asiakkaaseen	Puhelinnumero	Lomakkeen täyttöpäivä
---------------	--------------------	---------------	-----------------------

Lomake toimitetaan potilaan mukana päivystykseen.

