

**I NÖDSITUATION:** i livshotande situationer ring 112. Observera vårdlinjebeslut!

Återupplivningsförbud: Ja [ ] Nej [ ]

**OM DET INTE ÄR NÖDSITUATION: 1. UNDERSÖK 2. UTRED 3. KONSULTERA**

Uppföljningsblanketten och uppdaterad medicinlista skickas med klienten.

Dokumentera uppgifterna i klientjournalen.

Följ upp klientens tillstånd regelbundet, oberoende av problemen, och dokumentera noggrant.

Klientens namn: \_\_\_\_\_ Födelseid: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Modersmål/Vid behov andra språk: \_\_\_\_\_ Närmaste anhörig: \_\_\_\_\_

Tel.nr (anhörig): \_\_\_\_\_ Adress (den anhöriga): \_\_\_\_\_

### UNDERSÖKNINGSUPPGIFTER

**Blodtryck:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_, **puls** \_\_\_\_ /min (gränsvärden: <50 eller >100)

**Blodsocker** \_\_\_\_\_ mmol/l

**Andnöd och andningsfrekvens** \_\_\_\_ /min (gränsvärden: <8 eller >25)

**Smärtor:** Ja [ ] Nej [ ]

Var: bröst-, buksmärta, huvudvärk? \_\_\_\_\_

Klientens bedömning av smärtstyrka på VAS skala (0-10) \_\_\_\_\_

**Skador, i synnerhet huvudskador, stödjer på benen osv.** \_\_\_\_\_

Ifall Marevanbehandling: Senaste INR-värde \_\_\_\_\_ När taget? \_\_\_\_\_

**Neurologiska symptom, rörligheten i extremiteterna, symmetriska symptom och tal** \_\_\_\_\_

**Infektionssymptom:**

temperatur \_\_\_\_\_

möjligen snabb-CRP \_\_\_\_\_

urinstix \_\_\_\_\_

Annat \_\_\_\_\_

### UTRED

**Akut förändring** \_\_\_\_\_

**Tidigare fysisk funktionsförmåga** \_\_\_\_\_

**Minne** \_\_\_\_\_

Förändring? \_\_\_\_\_

**Medvetande:** Hur snabbt får du växelverkande kontakt, hur har det förändrats? Öppnandet av ögonen och reaktion på smärta? Förändring? \_\_\_\_\_

Förekommer desorientering eller synvillor? \_\_\_\_\_

Rusmedelsanvändning? Berusad? \_\_\_\_\_

**Fall:** Vad har hänt, snubblade eller yrsel \_\_\_\_\_

- Förmår personen stödja sig på nedre extremiteterna och använda händerna, upplevs smärta?

**Hjärtsymptom/symptom i andningsvägarna**

- Hurudan är bröstsmärtan, förvärras den? \_\_\_\_\_
- Hjälper nitro, medicin mot halsbränna eller (syre)? \_\_\_\_\_
- Ångest, svullnader och viktökning? \_\_\_\_\_
- Rosslande andning? Hosta? \_\_\_\_\_

**Feber:** Hur lång uppföljning \_\_\_\_\_

- Har febernedsättande medicin givits? Tidpunkter \_\_\_\_\_

**Matthet eller svindel:** Hur länge har det pågått och har det förändrats? \_\_\_\_\_

**Psykiskt tillstånd:** Förekommer det depression, ångest eller oro? \_\_\_\_\_

**Sekretion:** Förekommer det

- Urinbesvär? Ja [ ] Nej [ ] Hurudan? \_\_\_\_\_
- förstoppning? Ja [ ] Nej [ ]
- diarré? Ja [ ] Nej [ ]
- uppkastningar? Ja [ ] Nej [ ]

**Sår:** Hur stort, stillas blodflödet och krävs stygn? \_\_\_\_\_

**Huden:** finns det förändringar? Hurudana? \_\_\_\_\_

**Långvariga sjukdomar:** Finns det instruktioner, t.ex. för vård av epilepsi?

**Nuvarande medicinering:** Har medicin tagits regelbundet? Ja [ ] Nej [ ] \_\_\_\_\_

- Har ändringar gjorts senaste månad? Ja [ ] Nej [ ] \_\_\_\_\_

**Vårdtestamente:** Finns det beslut om vårdtestamente \_\_\_\_\_

- Vårdlinje gjord av läkare? \_\_\_\_\_

**Riskfaktorer** \_\_\_\_\_

**Allergier** \_\_\_\_\_

**Läkemedelsresistenta mikrober** \_\_\_\_\_

**Andra smittosamma sjukdomar?** \_\_\_\_\_

**Annat:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 20\_\_

Plats

Namn och yrke

Enhetens telefonnummer \_\_\_\_\_