

**Falck**BLANKETT för bokning av  
HEMBESÖK AV LÄKARE

0771 75 25 25

Telefonrådgivning - vardagar kl 17 – 08; helgdagar dygnet runt

Datum och tidpunkt för beställning .....

 hembesök telefonrådgivning**Beställare**

|                                  |             |  |
|----------------------------------|-------------|--|
| Namn:                            | Befattning: | Kommun:  |
| Återkoppling önskas till tel nr: |             | Återkoppling: <input type="checkbox"/> har skett <input type="checkbox"/> har ej skett |

**Patient**

|               |               |   |
|---------------|---------------|---|
| Namn:         | Personnummer: | Doskund: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Boendet namn: | Adress:       |   |

**Ifylles av sjuksköterska i hemsjukvården före bokning/telefonrådgivning**

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Orsak till kontakt</b><br><input type="checkbox"/> andningsbesvär<br><input type="checkbox"/> allmäntillstånd<br><input type="checkbox"/> CNS (exkl psykiatri)<br><input type="checkbox"/> dödsfall<br><input type="checkbox"/> gyn/urinvägar<br><input type="checkbox"/> hjärta-kärl<br><input type="checkbox"/> hud<br><input type="checkbox"/> infektion<br><input type="checkbox"/> mage/tarm<br><input type="checkbox"/> psykiatri<br><input type="checkbox"/> smärta<br><input type="checkbox"/> trauma<br><input type="checkbox"/> ögon<br><input type="checkbox"/> öron | <b>Vitala parametrar</b><br>kl ..... sign: .....<br><input type="checkbox"/> blodtryck ...../.....<br><input type="checkbox"/> puls .....<br><input type="checkbox"/> andningsfrekvens .....<br><input type="checkbox"/> temp .....<br><input type="checkbox"/> medvetandegrad<br><input type="checkbox"/> alert och adekvat<br><input type="checkbox"/> ej orienterad till tid och rum<br><input type="checkbox"/> medvetandesänkt<br><b>Övriga värden</b><br><input type="checkbox"/> saturation ..... %<br><input type="checkbox"/> teststicka .....<br><input type="checkbox"/> annat ..... | <b>Kort anamnes r/t dagens problem</b><br><b>ÖVERKÄNSLIGHET:</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad?<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
|--|---|---|

**Ifylles av läkare vid hembesöket**

|   |  |
|---|--|
| <b>Prover/undersökningar vid besöket</b><br><b>Vitala parametrar</b><br>kl ..... sign: .....<br><input type="checkbox"/> blodtryck ..... /.....<br><input type="checkbox"/> puls .....<br><input type="checkbox"/> andningsfrekvens .....<br><input type="checkbox"/> temp .....<br><input type="checkbox"/> medvetandegrad<br><input type="checkbox"/> alert och adekvat<br><input type="checkbox"/> ej orienterad till tid och rum<br><input type="checkbox"/> medvetandesänkt<br><input type="checkbox"/> saturation ..... %<br><input type="checkbox"/> CRP .... <input type="checkbox"/> HB .... <input type="checkbox"/> P-glukos ... | <b>Närstående kontaktade</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej<br><b>Bedömning/råd</b><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>..... |
|---|--|

**Läkemedel (OBS! ska införas på patientens ordinationshandling)**

| Läkemedlets namn | form | styrka | dosering | adm. sätt | tidpunkt för adm. |
|------------------|------|--------|----------|-----------|-------------------|
|                  |      |        |          |           |                   |
|                  |      |        |          |           |                   |

Datum ..... underskrift läkare .....

Tidpunkt ..... namnförtydligande .....