

Region Jönköpings län i samarbete med länets kommuner.

Personuppgifter och bedömning enligt beslutsstöd

Namn	Personnummer
Vårdnivå <input type="checkbox"/> Primärvård <input type="checkbox"/> Akutmottagning	
Tillstånd med aktuella exklusionssymtom	
Tidigare sjukdomar (ev ställningstagande till palliativ vård)	
Vad har hänt?	
Vidtagna åtgärder (ex läkemedel)	

Vitalparametrar och övrig information

Fria luftvägar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Andningsfrekvens/min	Saturation, %
Hjärtfrekvens, slag/min	Systoliskt blodtryck, mmHg	Blodsocker, P-gl
Urin senast	Avföring senast	Diarré, ggr/dygn
Medvetandegrad RLS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		
Kognitiv nedsättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd	Överkänslighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ingen känd	
Smärtskattning VAS, 1-8	ID-märkning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ordinationshandling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Apodos <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tandprotes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Distriktsläkare kontaktad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sjuksköterska kontaktad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Sjuksköterskans namn	Sjuksköterskans telefonnummer
Anhörig kontaktad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Anhörigs namn	Anhörigs telefonnummer

Uppgiftslämnare

Namn	Titel	Datum
Vårdenhet		Telefonnummer