

PLO innleggelsesrapport Kortversjon (detaljert veiledning ligger på RiskManager)

Opprette melding

Velg meldingstype innleggelsesrapport og sett inn *PLO innleggelse somatikk Nordlandssykehuset* som mottaker

Roller

Sjekk om informasjonen stemmer. Hak bort uaktuell informasjon. Nærmeste pårørende og fastlege bør alltid være med.

Tjenester

Hak bort uaktuell informasjon, eks TT kort

IPLOS

Sjekk om variablene er oppdatert

Diagnose/ cave

Sjekk om diagnosene er oppdatert

Legemidler – fyller automatisk ut

Sjekk om legemiddellista er oppdatert **NB!** ikke send med medisinliste hvis hjemmetjenesten ikke har medikamentansvar, hak da bort legemiddelinfo.

Medisinskfaglige opplysninger

Gi en kort beskrivelse av hva som har hendt, og tidligere sykdommer om diagnosekoder mangler/ ikke er komplett.

Sykepleiedokumentasjon – Her kan du legge inn flere type opplysninger

ÅRSAK TIL INNLEGGELSEN HVIS DET ER KJENT:

PASIENTENS EGNE VURDERINGER: *Avklaringer som er gjort med pasient/pårørende i samarbeid med fastlege/sykehjemslege om for eksempel livsforlengende behandling, HLR minus, reservasjoner ift blodtransfusjon.*

PRAKTISKE OPPLYSNINGER:

- Kan være opplysninger rundt legemiddelhåndtering*
- Administrasjonsform: *Hvem administrerer medisinene? Multidose? Knuses?*
- Andre viktige opplysninger: *For eksempel svelgevansker, bivirkninger OBS: Dato for sist gitt: depot/injeksjoner/plaster/marevan. Siste INR, neste måling og terapeutisk nivå.*
- Medisiner tatt i dag:

SYKEPLEIESAMMENFATNING:

Beskriv funksjonsnivå: *Hvordan gjør du det i forhold til personlig hygiene? Hva mestrer pasienten selv/hva hjelper du med/ tilrettelegging? Hjelpebehov, hvilke hjelpemidler bruker pasienten, grad av mobilitet/falltendens.*

Ernæring: *BMI, vekt/høyde, ernæringsstatus og vektendring siste tiden? Ved underernæring: Hvilke konkrete tiltak fungerer? Diett, spiser selv, matallergi, svelgevansker, mosa mat.*

Eliminasjon: *Kontinent for uring og avføring, obstipasjon, bruk av lakserende midler.*

Kommunikasjon/sanser: *Syn, hørsel, evt hjelpemidler. Språk, afasi, kommunikasjonsevner.*

Kognitiv funksjon: *Hukommelsesproblemer (er det foretatt en MMS score/demensutredning), forvirring, nedstemthet, angstlignende symptomer, irritasjon, samtykkekompetanse, psykisk lidelse, fare for vold og trusler*

Respirasjon/sirkulasjon: *Frekvens, ubesværet/besværet, O₂ behov, surkling, hoste, slim, temp, hud (klam, varm, tørr) ødemer, BT/Puls.*

Hud/vev/sår: *Hel hud, eksem, sår, risiko for trykksår Ja/nei, evt forebyggende tiltak. Sårprosedyre og når det evt ble skiftet sist.*

Smerter: *Akutte/kroniske smerter. Lokaliser smertene, hyppighet. Hemmer smertene pasientens mobilitet/hvile?*

Sosialt: *Hjemmesituasjon, boforhold, spesielle familierelasjoner/nettverk, avhengighetsproblematikk.*

Annet: *Individuell plan, koordinator, oppfølging fra andre faggrupper, andre relevante opplysninger.*

Tjenester som bruker mottar og hyppighet: *Eksempel: Besøk av hjemmetjenesten 3 ganger om dagen. Morgenstell, tilsyn midt på dagen og kveldsstell. Presiser hvis det er behov for 2 pleiere samtidig.*

NÆRMESTE PÅRØRENDE

Er de informert om innleggelsen:

HILSEN (skal alltid være med)

Tittel og navn:

Telefonnummer (både til kontoret og vakttelefon):

Navn på avdelingen:

Ikke bruk forkortelser, skriv hele setninger

Sjekk at opplysningene er oppdaterte. Kvalitetssikre dette ved å trykke VIS MELDING før du sender meldingen.