



Lab och rtg	Provtagning. Signera! <input type="checkbox"/> Arteriell blodgas..... <input type="checkbox"/> Blodst. m CRP..... <input type="checkbox"/> TNI..... <input type="checkbox"/> Blod odl..... <input type="checkbox"/> Pat.provs.vis.läk..... <input type="checkbox"/> Leverprover..... <input type="checkbox"/> PK, APTT..... <input type="checkbox"/> TNI..... <input type="checkbox"/> Höft prov..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Basprover (ven blodgas)..... <input type="checkbox"/> d-Dimer..... <input type="checkbox"/> Intoxprover..... <input type="checkbox"/> Akut prov..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Urinsticka..... <input type="checkbox"/> Kontr.provs.sign. av läk. ....
	<input type="checkbox"/> Blodgruppering Sign..... <input type="checkbox"/> Skickad Sign..... U-gl _____ U-pH _____ U-leu _____ <input type="checkbox"/> Odling skickad <input type="checkbox"/> Bastest enh Sign..... <input type="checkbox"/> Skickad Sign..... U-ket _____ U-prot _____ U-hcg _____ <input type="checkbox"/> Urin sparad <input type="checkbox"/> U-ery _____ U-nit _____ <input type="checkbox"/> Makroskopisk hematuri
	PBD/Åtgärd på akuten
	Läk.sign.
<input type="checkbox"/> Lungor <input type="checkbox"/> CT hjärna <input type="checkbox"/> CT thorax (LE) <input type="checkbox"/> CT buk <input type="checkbox"/> UL ben <input type="checkbox"/> UL buk <input type="checkbox"/> _____ remix/fax/sign <input type="checkbox"/> BÖS <input type="checkbox"/> Urografi <input type="checkbox"/> CT halsrygg <input type="checkbox"/> CT ansikte <input type="checkbox"/> CT aorta <input type="checkbox"/> Bäckén/höft <input type="checkbox"/> _____	

Närstående	Närstående	Tel.	Närstående kontaktad? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Tillvarataget <input type="checkbox"/> Värdesaker/kläder tillvaratagna <input type="checkbox"/> Värdesaker lämnat till anhörig	sign	ID-band <input type="checkbox"/> ID-band sedan tidigare <input type="checkbox"/> Patient fått ID-band
	Kommentar		<input type="checkbox"/> ID-handling åter sign

Omvårdnadsåtg/händelser	Rond/tillsyn	sign
	Kontakt med hemsjukvård/hemtjänst inför hemgång	
	Hemsjukvård <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Hemtjänstboende <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Anhörig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Nycklar finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Journalanteckning medskickad/faxad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Remiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ Transportsätt _____ beställt kl. _____ Hämtas av anhörig _____	

LÄKARORDINATIONER TILL AVDELNINGEN	Orsak/diagnos/ICD10 <input type="text"/>	Ansv Läk	Vårdbehov: <input type="checkbox"/> IVA <input type="checkbox"/> MAVA/KAVA/KARD <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Vårdavd. <input type="checkbox"/> Geriatrik
	PBD/ÅTG/VB MEDICINER		
	<input type="checkbox"/> Rapporterad till husjour/bakjour <input type="checkbox"/> Ny bedömning kl. _____ <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Elstatus <input type="checkbox"/> Lever <input type="checkbox"/> PK/APTT <input type="checkbox"/> TNI-serie <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Blododling <input type="checkbox"/> Bastest <input type="checkbox"/> Urinodling		
	Övriga prover	Syrgas: % via specialmask: eller liter/minut <input type="checkbox"/> Mask <input type="checkbox"/> Grinna	
	Röntgen och undersökningar från avd:		
	Per os	Op-anmäld	Hygien och fallrisk
	<input type="checkbox"/> Fasta <input type="checkbox"/> Fritt flytande <input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Skärpt hygien/GE <input type="checkbox"/> MRSA isolering <input type="checkbox"/> Ökad fallrisk
	Ordinerade basala kontroller	Monitorering	PRIORITET <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> Puls, Blodtryck, Saturation (POX) _____ ggr per dygn <input type="checkbox"/> Vakenhet (RLS), Temp _____ ggr per dygn	<input type="checkbox"/> Ischemiövervakning <input type="checkbox"/> Telemetri <input type="checkbox"/> Vätskelista <input type="checkbox"/> Bladderscan <input type="checkbox"/> Urinmätning <input type="checkbox"/> Timdiures	
Enligt vårdprogram <input type="checkbox"/> Akut coronarsyndr <input type="checkbox"/> Stroke/TIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> KOL <input type="checkbox"/> Commotio <input type="checkbox"/> Ompalp BUK <input type="checkbox"/> Annat:			
Avdelning <input type="text"/>	Bakavd. <input type="text"/>	Rapporterad till ssk: _____ Rapporterad av ssk: _____	