

Hälsobeskrivning inför inskrivning, HEM 13404

Instruktion till vårdpersonal/sekreterare

Denna sida ska inte ges till patienten.

Detta dokument kan användas på fyra sätt.

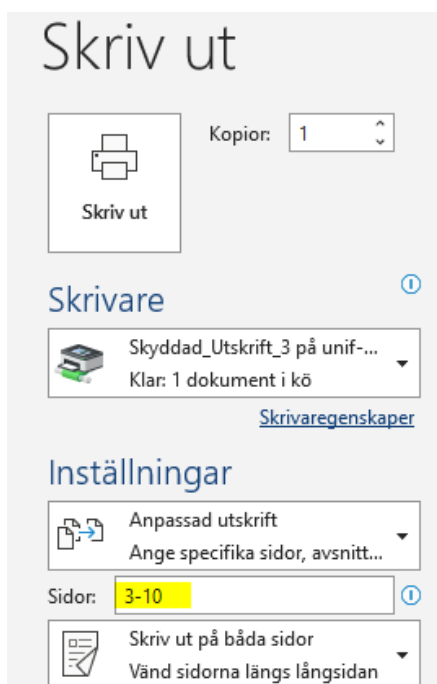
1. Ny inskrivning

Skriv ut sida 3-10 + [Frågor om levnadsvanor 7306](#).

2. Då det är mindre än 1 månad sedan patienten var inskriven:

Skriv ut sida 2.

Exempel på utskrift för ny inskrivning



Skriv ut

Kopior: 1

Skrivare

Skyddad_Utskrift_3 på unif-...
Klar: 1 dokument i kö

[Skrivaregenskaper](#)

Inställningar

Anpassad utskrift
Ange specifika sidor, avsnitt...

Sidor: 3-10

Skriv ut på båda sidor
Vänd sidorna längs långsidan

Välkommen till hematologavdelningen

På "www.akademiska.se För patient och besökare – Alla mottagningar och avdelningar – Hematologavdelning" finns nyttig information för dig och dina närstående samt länkar till rekommenderade sidor.

Några tips inför vårdperioden

- Lämna gärna värdeföremål och stora summor pengar hemma. Det är inte tillåtet att ta med vassa föremål som till exempel fickkniv eller sax.
- Fundera över hur du kan planera för att underlätta praktiska sysslor när du kommer hem.
- Det finns gratis WiFi på sjukhuset. Det finns enbart grundutbud/gratiskanaler av tv-kanaler. Ta gärna med dig egen streaming-/castingutrustning om du har.
- Ta med dig:
 - toalettartiklar, tandborste mm (ej parfym)
 - inneskor
 - dusch/badskor
 - hjälpmedel du använder dagligen (ex. rullstol, griptång, rollator)
 - legitimation
 - förströelse såsom böcker, tidningar mm
 - Vissa läkemedel är ovanliga och svåra att få tag på (till exempel licensläkemedel). Om du vet med dig att du har något sådant läkemedel önskar vi att du tar med dig det. Ta även med inhalator om du använder det (till exempel Pulmicort, Bricanyl, Symbicort).

Vid frågor går det bra att kontakta:

Hematologavdelning 101A

Ingång 101 våning 4.

Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

☎ 018-611 42 90

Välkommen till hematologavdelningen

Som en förberedelse inför din kommande vård ber vi att du fyller i detta formulär med frågor om ditt hälsotillstånd samt "Frågor om levnadsvanor" **och tar med det till avdelningen**. Fyll i så bra du kan, ta gärna hjälp av närstående.

Din sjuksköterska kommer att gå igenom det du har skrivit tillsammans med dig vid ankomstsamtalet och sedan föra över uppgifterna i din patientjournal. Därefter skannas den till din journal.

Dina svar underlättar planeringen och genomförandet av din vård. Frågor om levnadsförhållande och vanor ingår i den screening som vi är ålagda att göra. Det är naturligtvis frivilligt att svara på frågorna.

På "www.akademiska.se För patient och besökare – Alla mottagningar och avdelningar – Hematologavdelning" finns nyttig information för dig och dina närstående samt länkar till rekommenderade sidor.

Några tips inför vårdperioden:

- Lämna gärna värdeföremål och stora summor pengar hemma. Det är inte tillåtet att ta med vassa föremål som till exempel fickkniv eller sax.
- Fundera över hur du kan planera för att underlätta praktiska sysslor när du kommer hem.
- Det finns gratis WiFi på sjukhuset. Det finns enbart grundutbud/gratiskanaler av tv-kanaler. Ta gärna med dig egen streaming-/castingutrustning om du har.
- Ta med dig:
 - detta formulär (det är bra om du kan fylla i det i förväg)
 - toalettartiklar, tandborste mm (ej parfym)
 - inneskor
 - dusch/badskor
 - hjälpmedel du använder dagligen (ex. rullstol, griptång, rollator)
 - legitimation
 - förströelse såsom böcker, tidningar mm
 - Vissa läkemedel är ovanliga och svåra att få tag på (till exempel licensläkemedel). Om du vet med dig att du har något sådant läkemedel önskar vi att du tar med dig det. Ta även med inhalator om du använder det (till exempel Pulmicort, Bricanyl, Symbicort).

Vid frågor går det bra att kontakta:

Hematologavdelning 101A

Ingång 101 våning 4.

Akademiska Sjukhuset

751 85 Uppsala

☎ 018-611 42 90

Namn: _____ Personnummer: _____

Kontaktinformation

Dina telefonnummer: _____ Privat: _____ Arbete: _____

Dina närstående som kan kontaktas vid behov (*skriv den du vill ska kontaktas först som nr 1 osv*):

	Närståendes namn	Relation	Telefon privat	arbete
1.	_____			
2.	_____			
3.	_____			

Samtycke

Fråga gärna vårdpersonalen om mer information kring vad de olika samtycken innebär.
(Samtycker = godkänner)

Om någon frågar efter dig, får vi då tala om att du finns hos oss? ☐ Nej ☐ Ja

Samtycker du till journaluppgifter inhämtas från annan vårdgivare (t ex privat vårdgivare eller region, NPÖ = nationell patientöversikt)? ☐ Nej ☐ Ja

Samtycker du till informationsutbyte med andra vårdgivare om nödvändigt? ☐ Nej ☐ Ja

Samtycker du till att närstående informeras om ditt tillstånd och behandling? ☐ Nej ☐ Ja
☐ Ja, med följande undantag: _____

Samtycker du till att studenter får medverka i din vård? ☐ Nej ☐ Ja

Egenupplevd hälsa

Hur skattar du ditt hälsotillstånd? ☐ Mycket bra ☐ Bra ☐ Mindre bra ☐ Dåligt

Påverkar det dig negativt i vardagen? ☐ Nej ☐ Ja

Har du behov av extra stöd från sjukvården från till exempel kurator, dietist, fysioterapeut?

☐ Nej ☐ Ja Vem? _____

Finns det någon i din omgivning som du kan vända dig till om du behöver stöd/hjälp?

☐ Nej ☐ Ja Vem? _____

Pågående vårdkontakt

Har du några andra sjukdomar/hälsoproblem som du behandlas för? ☐ Nej ☐ Ja

Namn: _____ Personnummer: _____

Går du på några regelbundna kontroller/besök?

☐ Nej ☐ Ja

☐ Distriktsköterska

☐ Husläkare

☐ Arbetsterapeut

☐ Fysioterapeut

☐ Dietist

☐ Annan: _____

Förväntningar

Vilka förväntningar och förhoppningar har du på detta vårdtillfälle?

Smittorisk

Har du vårdats på sjukhus de senaste 6 månaderna?

☐ Nej ☐ Ja Var? _____

Har du fått någon sjukvårdande behandling utanför Norden de senaste 6 månaderna?

☐ Nej ☐ Ja Var? _____

Vet du om du är känd bärare av multiresistenta bakterier eller blodsmitta?

☐ Nej ☐ Ja Vad? _____

Överkänslighet

Är du allergisk eller överkänslig mot något? (ex medicin, plåster, latex, nickel, födoämnen)

☐ Nej ☐ Ja Mot vad? _____

Hur märker du att du är allergisk? _____

Arbete/sysselsättning

Nuvarande eller tidigare arbetsuppgifter/anställning/sysselsättning?

Är du sjukskriven?

☐ Nej ☐ Ja Hur många % _____

Boende

☐ Ordinärt (eget) boende ☐ Särskilt boende: vilket? _____ Tel: _____

☐ Lägenhet ☐ Villa/radhus ☐ Annat: _____

Finns trappor? ☐ Nej ☐ Ja _____

Rubrik:

Hälsobeskrivning inför inskrivning, HEM 13404

Sidan 5 av 10

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13404

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Namn: _____ Personnummer: _____

Insatser

Har du hjälp av hemtjänst? ☐ Nej ☐ Ja

Har du trygghetslarm? ☐ Nej ☐ Ja

Vad får du hjälp med? _____

Vilken hemtjänst och telefonnummer: _____

Fritid/intressen

Om du vill kan du gärna beskriva vad du tycker om att göra på fritiden och vad du har för intressen.

Relationer

Civilstånd: ☐ Ensamstående ☐ Gift ☐ Sambo ☐ Särbo ☐ Änka/änkling

Bor du med andra vuxna? ☐ Nej ☐ Ja _____

Bor du med barn under 18 års ålder? ☐ Nej ☐ Ja Födelseår, relation: _____

Finns det andra barn under 18 år i din närhet, till exempel barnbarn, nära vänners barn?

☐ Nej ☐ Ja Födelseår, relation _____

Har du omvårdnadsansvar för någon (förutom barn)?

☐ Nej ☐ Ja _____

Har du varit eller är du utsatt för våld i nära relation eller annat våld?

☐ Nej ☐ Ja

Har du använt eller använder du droger i icke medicinskt syfte (gäller inte alkohol och tobak)?

☐ Nej ☐ Ja, mängd, tidsperiod: _____

Läkemedel

Tar du mediciner regelbundet? ☐ Nej ☐ Ja

Fyll i tabellen. Om du har en uppdaterad läkemedelslista kan den tas med i stället.

Läkemedlets namn

Styrka

Dosering

Rubrik:

Hälsobeskrivning inför inskrivning, HEM 13404

Sidan 6 av 10

DocPlus-ID: DocPlusSTYR-13404

Version: 7

Handlingstyp: Anvisning

Ett utskrivet dokument är alltid en kopia, giltig version finns alltid i DocPlus.

REGION UPPSALA

Namn: _____ Personnummer: _____

Vissa läkemedel är **ovanliga och svåra att få tag på**. Om du vet med dig att du har något sådant läkemedel önskar vi att du **tar med dig dem**. Tag även med inhalator om du använder det (till exempel Pulmicort, Bricanyl, Symbicort).

Sköter du dina läkemedel själv eller får du hjälp?

☐ Sköter själv

☐ Närstående sköter läkemedel i hemmet

☐ Dosförpackade läkemedel

☐ Får hjälp att dela medicin i dosett

☐ Sköts via hemsjukvård/boende

Har du svårt att ta dina mediciner? ☐ Nej ☐ Ja

På vilket sätt? _____

Tidigare sjukdomar

Till exempel tidigare operationer eller behandlingar. Ange gärna år.

Hur mår du just nu?

Du kan gärna ringa in de exempel som stämmer med din situation.

Kommunikation: t ex hörapparat, glasögon/linser, talsvårigheter, behov av tolk och i så fall vilket språk?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Lungor/andning: t ex andnöd, hosta, slembildning, astma, syrgasbehandling i hemmet?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Hjärta/cirkulation: t ex hjärklappning, bröstsmärtor, svullna ben, stödstrumpor, yrsel, feber?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Aptit/mat: t ex nedsatt aptit, dåligt näringsintag, tugg- eller sväljningsbesvär, matsmältningsproblem, lukt- och smakförändringar, illamående, muntorrhet, viktförändringar?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Har du behov av särskild kost? Nej ☐ Ja ☐ vad? _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Hur har du ätit och druckit senaste veckorna/månaden?

- ☐ Ätit som vanligt ☐ Ätit mer än vanligt ☐ Ätit mindre än vanligt ☐ Ätit mycket mindre än vanligt
☐ Bara druckit ☐ Druckit mindre än vanligt ☐ Bara druckit näringsdrycker

Jag har druckit _____ dl/dygn

Jag har dagligen ätit: ☐ Frukost ☐ Lunch ☐ Middag ☐ Mellanmål

Hur har din viktutveckling sett ut de senaste 6 månaderna?

- ☐ stabil ☐ frivillig viktnedgång/uppgång
☐ ofrivillig viktnedgång ☐ ofrivillig viktuppgång Vikt för ca 6 mån sedan: _____

Nuvarande längd: _____ cm Nuvarande vikt: _____ kg

Munhälsa: t ex besvär i mun, svalg eller tänder/tandkött/slemhinnor, muntorrhet, använder tandprotes?

- ☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Urin: t ex svårt att kissa, kissar ofta, svårt att hålla urinen, använder inkontinensskydd?

- ☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Avföring: t ex förstoppning, diarré, smärta vid avföring, behov av laxermedel?

- ☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Hud/slemhinnor: t ex sår, eksem, torr hud, skör hud, klåda, utslag, blåmärken, piercing, tatuering, trycksår, underlivsbesvär, menstruationsproblem?

- ☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Fysisk aktivitet: Svårt att gå eller sitta, balans, motionera, sköta personlig hygien eller utföra hushållssysslor, rörelsehinder, muskelsvaghet, ledstelhet?

- ☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Hur uppskattar du att din aktivitet har varit senaste veckorna/månaden?

- ☐ Som vanligt ☐ Inte som vanligt men kunnat vara uppe och vara ganska aktiv
☐ Inte varit i form men varit uppe mer än halva dagen
☐ Varit lite aktiv men tillbringat större delen av dagen i sängen ☐ Mest legat i sängen

Namn: _____ Personnummer: _____

Har du fallit senaste året? Nej ☐ Ja ☐

Har du behov av hjälpmedel eller utrustning för någon skada eller funktionsvariation?

☐ Nej ☐ Ja _____

Har du behov av stöd för att klara din personliga vård (t ex äta och dricka, av- och påklädning, med personlig hygien, toalettbesök, byta inkontinensartiklar, stödstrumpor, sårömläggning, ögondroppar)?

☐ Nej ☐ Ja _____

Smärta: Ont i kroppen, behov av smärtstillande?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv din smärta:

☐ Akut smärta ☐ Långvarig smärta ☐ Domningar ☐ Molande ☐ Stickande
☐ Skärande ☐ Brännande ☐ Huggande
☐ I vila ☐ I rörelse

Var finns smärtan? _____

Kommer smärtan olika tider på dygnet? _____

Hur hanterar du smärtan? _____

Tar du läkemedel mot smärtan? _____

Fungerar ev. smärtlindring? _____

Övrigt _____

Sinnesintryck: Domningar, hallucinationer, rubbning av syn, hörsel, känsel, balans?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Sömn: Sömnproblem, behov av sömntabletter, tillfällig eller upplevd kronisk trötthet, oregelbundna sovanor, orkeslös, snarkproblem?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Psykosocialt: Oro, ängslighet, nedstämdhet, depression, stress (ökar stressen vid några speciella situationer och när)?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Namn: _____ Personnummer: _____

Andligt/kulturellt: Är det något du vill att vi känner till i din religionsutövning, kultur eller om dina värderingar?

☐ Nej ☐ Ja, beskriv: _____

Kunskap/utveckling: Har du funderingar över din sjukdom eller behandling?

☐ Nej ☐ Ja, beskriv: _____

Har du behov av stöd för att kunna hantera information och kunskap?

☐ Nej ☐ Ja _____

Sexualitet: Relationer, sexuellt samliv i samband med sjukdom och behandling, potensproblem?

☐ Inget problem ☐ Litet problem ☐ Besvärande problem ☐ Mycket besvärande problem

Beskriv: _____

Är det något som vi inte har frågat om som du tycker är viktigt att vi känner till?

Tack för att du tog dig tid att fylla i formuläret.

Ta med dig detta formulär samt formuläret om levnadsvanor till avdelningen.

Datum: _____ Underskrift: _____

Skannas till Cosmic.