



Kommunförbundet Skåne



Bedömning om inskrivning i Mobilt vårdteam

Bedömning av patientens behov

Datum:

Bedömning genomförd av:

Telefonnummer:

Profession:

Vårdenhet:

Patientens namn:

Patientens personnummer:

Kort beskrivning av patientens behov av inskrivning:

Kort sammanfattning av patientens boendesituation och betydelsefulla relationer:

Bedöm om minst fyra nedanstående inklusionskriterier är uppfyllda

- Tre eller fler kroniska diagnoser?

Ja Nej

Om ja, vilka diagnoser?



Kommunförbundet Skåne



- 75 år eller äldre?

Ja Nej

- Erhåller hemsjukvård?

Ja Nej

- Inlagd på sjukhus tre gånger eller mer de senaste 12 månaderna?

Ja Nej

Om ja, skriv ev. på vilka kliniker/avdelningar detta varit:

- Sex stående mediciner eller fler (exkl. ögondroppar, salvor, etc.)?

Ja Nej

- Klarar inte den personliga omvårdnaden (har behov av hjälp)

Ja Nej

Definiera ev. omvårdnadsbehovet:

Mobilt vårdteam

Beslut om inskrivning och information

Erbjudande om inskrivning i mobilt vårdteam:

Ja Nej

Om nej, ange orsak:

Läkare:

Hälsovalsenhet:

Kommun/enhet:

Motivering till varför presumtivt samtycke föreligger/inte föreligger:

Bedöms vara förenligt med patientens vilja:

Ja Nej

Namngiven personal har inhämtat information:

Information har inhämtats från namn och relation:

Datum:

Fastställt datum för SIP i samverkan med patient, ev.
närstående och berörda vårdgivare:

Datum

Underskrift

Läkarens namn

Sjuksköterskans namn