

# ESITIETOLOMAKE POTILAAN ALUEELLISISSA SIIRTYMISSÄ / PHSOTEY

## Potilaan/Asiakkaan tiedot

Nimi:	Henkilötunnus:
<b>Lähettävä yksikkö:</b>	<b>Puhelin kotiutuksissa (myös virka-ajan jälkeen):</b>

## Lähiomaisen tiedot

Onko siirrosta ilmoitettu? <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, kenelle; _____	
Lähiomaisen nimi:	
Omaisien osallistuminen hoitoon: Aktiivista <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> ei tiedossa <input type="checkbox"/> potilas kieltää	
<input type="checkbox"/> omaishoitaja	Puhelin:

## Taustatiedot

<b>Hoitoon lähettämisen syy (Mikä on muuttunut?):</b> _____
Aikaisemmat sairaudet: _____
Kotihoidon kansio: <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
<b>Kotihoito:</b> _____ x pvä/vko/kk _____
<b>Eristystarve:</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> Muu, mikä; _____
<b>DNR-päätös:</b> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <b>Hoitotahto:</b> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei tiedossa

## Lääkkeet

<b>Lääkelista mukana</b> <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Antikoagulanttihoito, mikä: _____
Lääkehoidossa huomioitavaa: _____	
Lääkeaineallergiat: _____	

## Toimintakyky (normaalisti)

	Itsenäisesti	Ohjattuna	Avustettuna	Täysin autettava
<b>Liikkuminen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pukeutuminen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruokailu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virtsaaminen:	<input type="checkbox"/> Normaali	<input type="checkbox"/> Kastelua ajoittain	<input type="checkbox"/> Inkosuojat	<input type="checkbox"/> kertakatetrointi
Apuvälineet:				
Kuulolaite	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> mukana	Rolla	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> mukana	<input type="checkbox"/> Muu, mikä _____
Silmälasit	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> mukana	Pyörätuoli	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> mukana	_____
<b>Psyykinen</b>				
<input type="checkbox"/> asiallinen	<input type="checkbox"/> levoton	<input type="checkbox"/> aggressiivinen	<input type="checkbox"/> muisti heikentynyt	<input type="checkbox"/> sekava
<b>Allergiat:</b>				
Siirtopäiväys _____ / _____ 20 _____				
Tietojen antaja:				Puh:

Jatka tarvittaessa toiselle puolelle →