



Esitietolomake potilaan alueellisissa siirtymisissä

Potilaan / asiakkaan tiedot

Nimi:	Henkilötunnus:
Lähetävä yksikkö:	Puhelin kotiutuksissa (myös virka-ajan jälkeen):

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 Puhelinnumero:

Taustatiedot

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



Lääkkeet

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

Toimintakyky (normaalisti)

Fyysinen	Itsenäisesti	Ohjattuna	Avustettuna	Täysin autettava
Liikkuminen:				
Pukeutuminen:				
Ruokailu:				
WC:				

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 Silmälasit: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Mukana Rollaattori: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Mukana Pyörätuoli: <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Mukana Muu, mikä: _____
Psyykinen: <input type="checkbox"/> Asiallinen <input type="checkbox"/> Levoton <input type="checkbox"/> Aggressiivinen <input type="checkbox"/> Muisti heikentynyt <input type="checkbox"/> Sekava
Allergiat: _____

Siirtopäiväys: _____ / _____ 20_____

Tietojen antaja: _____

Puh: _____