



Guide til sygeplejefaglig udredning

Der udarbejdes en sygeplejefaglig udredning på alle borgere hvor der forventes mere end 3 besøg

- Udfyldelse af de 12 sygeplejetilstande ud fra "Guide til sygeplejetilstande"
-Her kan tages udgangspunkt i borgers medicinskema samt dialog med borger om aktuel og potentielle problemer. Viden kan også hentes under korrespondancebreve og SP-link.
Hvis der er tale om en risici, skal problemet dokumenteres på områdeniveau.
Ikke relevante tilstande lukkes på "øjet"
Alt medicin skal fremgå af sygeplejetilstandene
- Kan der indtænkes velfærdsteknologiske hjælpemidler så som dosispakket medicin, skærmbesøg, plejenet, fysiske hjælpemidler.
- SUL-ydelser oprettes på baggrund af tilstandene og allerede oprettede ydelser relateres.
- Handlingsanvisninger oprettes og ajourføres ud fra "guide til handlingsanvisninger.
- Generelle oplysninger udfyldes – særligt fokus på helbredsoplysninger. Ud fra "Guide til generelle oplysninger"
- Hvis der er medicin:
Lokalt medicinkort (LMK) opdateres med medicinsk CAVE og generelle medicinoplysninger. Fortrukke apotek oprettes. Står "administreres af" korrekt på præparaterne?
- Fælles medicinkort (FMK) Er kortet ajourført inden for det seneste år? Er der overensstemmelse mellem FMK og LMK?
- Stamdata udfyldes med: habilt samtykke, allergi, kontaktpersoner intern og ekstern, pårørende, APV, screening for brandfare i hjemmet, evt. værge.
- Feltet vigtigt på borgeres forside f.eks: HLR, smitterisiko, cytostatika, særlig kommunikationsform, forflytningsvejledninger, adgangsforhold, dyr i hjemmet. Se observationsoverblik
- Triageplan oprettes og eller ajourføres
- Er der evt. behov for at planlægge et nyt besøg til opfølgning?