ESITIETOLOMAKE POTILAAN ALUEELLISISSA SIIRTYMISISSÄ / PHHYKY

Potilaan/Asiakkaan tiedot

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

Lähiomaisen tiedot

Onko siirrosta ilmoitettu? ☐ Ei ☐ Kyllä, kenelle; _____

Lähiomaisen nimi:

Omaisen osallistuminen hoitoon: Aktiivista ☐ kyllä ☐ ei ☐ ei tiedossa ☐ potilas kieltää

☐ omaishoitaja	Puhelin:

Taustatiedot

Hoitoon lähettämisen syy (Mikä on muuttunut?): _____

Aikaisemmat sairaudet: _____

Kotihoidon kansio: ☐ Ei ☐ Kyllä

Kotihoito: _____ x pvä/vko/kk _____

Eristystarve: ☐ MRSA ☐ ESBL ☐ Muu, mikä; _____

DNR-päätös: ☐ Ei ☐ Kyllä ***Hoitotahto:*** ☐ Ei ☐ Kyllä ☐ Ei tiedossa

Lääkkeet

Lääkelista mukana ☐ Ei ☐ Kyllä Antikoagulanttihoito, mikä: _____

Lääkehoidossa huomioitavaa: _____

Lääkeaineallergiat: _____

Toimintakyky (normaalisti)

Fyysinen

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

Virtsaaminen: ☐ Normaali ☐ Kastelua ajoittain ☐ Inkosuojat ☐ kertakatetrointi

Apuvälineet:

Kuulolaite ☐ kyllä ☐ mukana Rolla ☐ kyllä ☐ mukana ☐ Muu, mikä _____

Silmälasit ☐ kyllä ☐ mukana Pyörätuoli ☐ kyllä ☐ mukana _____

Psyykkinen

☐ asiallinen ☐ levoton ☐ aggressiivinen ☐ muisti heikentynyt ☐ sekava

Allergiat:

Siirtopäiväys _____ / _____ 20 _____

Tietojen antaja:	Puh:

Jatka tarvittaessa toiselle puolelle →