

VARSELBLANKETT

MiNT Mobila Närvårdsteamet, Jämtlands län.

Blankett skickas till Östersunds sjukhus, Lung-mottagningen, MiNT, 83183 Östersund

Personnr:	Kommuninformation:
Patientnamn:	Dsk hemsjukvård:
Telefonnr:	Tele:
Adress:	Biståndshandläggare:
Postnr/Postadress:	Primärvård
Avsändarenhet	Hälsocentral
Datum:	
Namn och Yrkeskategori:	Sjukhusvård
Telefon/mail:	Inblandade kliniker:
Anhöriga att kontakta	1.
Namn:	2.
Telefon:	3.

<p>Samtycker till inhämtande av information från relevanta journaler?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Patient införstådd med att varsel sänts?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p>
---	---

<p>Kriterier (minst 4 ska vara ifyllda)</p> <p><input type="checkbox"/> Tre eller fler kroniska diagnoser</p> <p><input type="checkbox"/> Inlagd på sjukhus 3ggr eller fler senaste 12 mån</p> <p><input type="checkbox"/> 6 eller fler ordinerade läkemedel</p> <p><input type="checkbox"/> 75 år eller äldre</p> <p><input type="checkbox"/> Har hemsjukvård</p> <p><input type="checkbox"/> ADL-beroende</p> <p>Alternativt (om inte 4 ifyllda)</p> <p><input type="checkbox"/> Tacksam för bedömning om Mobila närvårdsteamet kan hjälpa denna patient</p>
--

<p>I vilken situation befinner sig patienten nu? Vad behöver hen hjälp med?</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p style="text-align: right;">Sign:</p>
--

<p>Utlåtande/Svar:</p> <p> </p> <p> </p>

Adress till Teamet:	Helen Wiklund, DSK	063-155048
Östersunds sjukhus, Lung-mottagningen,	Ann Karlsson, DSK	063-155047
MiNT, 83183 Östersund	Magnus Gibson, Läkare	
Fax.nr: 063-153786	Eva-Pia Darsbo, Läkare	

