

Forberedelse til medicinscreening med sygeplejerske eller medicin

Funktions- område/ udredning	Observationer/vurderinger/ forordninger	Bemærkninger
_____ Pt. navn _____ Cpr. nummer	Diagnoser: _____ _____ Medicinscreening <input type="checkbox"/> Medicingennemgang <input type="checkbox"/>	
Cirkulation/ respiration	Puls BT Dyspnoe ingen <input type="checkbox"/> O2 mætning _____ Dyspnoe ved aktivitet <input type="checkbox"/> Dyspnoe i hvile <input type="checkbox"/> Dehydreret <input type="checkbox"/> Ingen synlige ødemer <input type="checkbox"/> Ødemer moderate <input type="checkbox"/> Ødemer svære <input type="checkbox"/>	
Smerter	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ja, er der foretaget smertere registrering	
Elimination	Vandladning: Normal <input type="checkbox"/> Urinretention <input type="checkbox"/> Inkontinent <input type="checkbox"/> Permanent KAD <input type="checkbox"/> Antal toiletbesøg pr. nat _____ Afføring Normal <input type="checkbox"/> Diare <input type="checkbox"/> Obstipation <input type="checkbox"/>	
Ernæring	Vægt _____ kg. Højde _____ cm. BMI _____ Kvalme <input type="checkbox"/> Mundtørhed <input type="checkbox"/> Manglende appetit <input type="checkbox"/>	
Fysisk funktionsniveau	Gangfunktion _____ Svimmelhed <input type="checkbox"/> Faldrisiko <input type="checkbox"/> Fald det sidste år _____ Rystelser <input type="checkbox"/> Stivhed <input type="checkbox"/> Red. bevægelse af led <input type="checkbox"/> Deltager i funktionstræning <input type="checkbox"/> Deltager i hverdagsrehabilitering <input type="checkbox"/>	
Psykisk funktionsniveau	Uro/forvirring <input type="checkbox"/> Virker nedstemt <input type="checkbox"/> Angst <input type="checkbox"/> Agitaiton <input type="checkbox"/> Hallucinationer <input type="checkbox"/> Kognitivt svigt <input type="checkbox"/> Demensudredt <input type="checkbox"/> Er der behov for adfærdsregistrering <input type="checkbox"/>	
Søvn	Træthed om dagen <input type="checkbox"/> Søvnforstyrrelser <input type="checkbox"/> Indsovningsvanskeligheder <input type="checkbox"/> Søvn timer pr døgn _____	
Funktionsniveau i forhold til indtagelse af lægemidler	Vil ikke have/ modsætter sig lægemidler <input type="checkbox"/> Glemmer at tage medicinen <input type="checkbox"/> Kan synke tabletter <input type="checkbox"/> Synkebesvær <input type="checkbox"/> Tabletter må knuses <input type="checkbox"/> Tobak dagligt forbrug <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Antal genstande _____ Ukendt antal genstande <input type="checkbox"/> Periodisk <input type="checkbox"/>	
Cave/ allergi		
Dato og Signatur		

