



Sjekkliste for pasientførløp ved Helsehuset, Korttids- og rehabiliteringsavdeling,

LØPENUMMER: _____ INNKOMST: _____ UTSKRIVELSE: _____

Ansvar	Aktivitet	Utført	Kommentar
--------	-----------	--------	-----------

Ved innkomst

S	Skriv pasienten inn i plassadministrasjon på aktuelt opphold. Oppdater brannliste i postkasse ved hovedinngang 1. etg, skrives ut fra plassadministrasjon (rapporter - beboere i dag)		
S	Mottatt helseopplysninger og oppdatere legemiddelkort i profil		
Alle	Lese saksutredning og vedtak		
S	Mottatt full ukedose/multidose.		
S	Klargjøre dosett		
S	Bestille nødvendig medisiner/utstyr		
S	BT, puls, Hb, blodsukker		
S	Gjennomført inkomstsamtale, dokumenteres på pasientsamtale (se egen mal)		
S	Registrer medbrakte hjelpemidler i inkomstnotat, merk disse med pasientens navn		
S	Oppdatere sammenfatning, skriv inkomstnotat basert på aktuelle helseopplysninger. Dokumenteres i profil under: helsehjelp-samarbeid- inn og utskrivning. Opprette aktuelle tiltak i Profil alt etter pasientens behov for helsehjelp		

Under opphold

S/H	Vekt. Innen dag 2.		
P.S	Gjennomfør «Hva er viktig for deg?» samtale . Innen 3 dager og ved evaluering av opphold. Dokumenteres under pasientsamtale. Målene føres inn på hovedmålsetting		
ALLE	Rehabiliteringsplan/ Behandlingsplan. Innen 3 dager. Opprettes under skjema		
S/H	Ernæringsreening- MNA. Innen 3 dager. Opprettes under skjema. Ernæringsstatus dokumenteres under ernæringskartlegge ernæringsstatus. Ved behov for ernæringstiltak opprettes dette under ernæring- ernæringstiltak		
E	ADL- kartlegging – Barthel. Innen 3 dager. Dokumenteres under grunnleggende behov- ADL kartlegging og oppfølging.		
F	Screeningtest for fysisk funksjon- SPPB. Innen 3 dager. Dokumenteres under målinger, prøver og tester- kartlegging og utredning.		
E	Kognitiv kartlegging- MMSE, klokketest, TRAIL. Vurderes innen 2 uker. Dersom utført dokumenteres under grunnleggende behov- kognitiv funksjon.		



L	Vurdere samtykkekompetanse. Ved behov søkes verge. Dersom vurdert ikke samtykkekompetent dokumenteres vurderingen under samtaler- samtykke.		
L	Vurdere NTBR status i samråd med pasient og/eller pårørende. Dokumenteres under sammenfatning-obs.		
S/L	Vurdere behov for individuell plan		
Alle	Vurdere behov for rehabilitering		
E	Hjemmebesøk. Innen 1 uke.		
ALLE	Evalueringsmelding(Opprettes i postjournal), oppdatere IPLOS		
F.S	Kalle inn til samarbeidsmøte ved behov		
	Referat fra samarbeidsmøte til pasient og pårørende som deltok på møtet. Referent på møtet har ansvar for dette.		

Ved utskriving

S	Planlegge hjemreise med pasient, pårørende, hjemmetjeneste og eventuelt andre som skal bistå i hjemmet(tid, transport, mat). Ved behov kontakt Pasientreiser.		
ALLE	Skrive utskrivelsesrapport og sluttrapport. Pasient skal motta sluttrapport ved utreise etter rehabiliteringsopphold.		
S	Medisindosett/multidose overlevert til pasienten/hjemmetjenesten dersom mottatt dosett ved innkomst. Ved overføring til langtidsplass sendes full ukesdosett merket retur til Helsehuset.		
L	Resepter sendes med pasienten ved ny oppstartet medisiner. Legemiddelkort signeres av lege og sendes apotek ved endring av multidose.		
L	Epikrise til pasient og fastlege ved utskrivelse.		
E/Alle	Påse at Helsehusets hjelpemidler ikke sendes med pasientene hjem(både medisinske hjelpemidler og andre)		
S	Skriv pasienten ut av opphold i plassadministrasjon. Oppdater brannlisten, skriv ut ny og legg i postkasse ved hovedinngang 1.etg. skrives ut fra plassadministrasjon (rapporter - beboere i dag)		

L=lege, S= spl, P.Spl=primær spl., F.spl= fag spl., E= ergo, F=fysio, A= alle, H=hj.pleier

