



Checklista vid inflyttning samt för upprättande av omvårdnadsjournal

Checklista kan också användas vid uppföljning av hälso- och sjukvårdsdokumentationen på enheten

Samma dag som patienten flyttar in ska följande uppgifter dokumenteras i omvårdnadsjournalen

Upprätta omvårdnadsjournal med:	Egna anteckningar
ID-kontroll	
Information: <ul style="list-style-type: none">• Erbjudande av munhälsobedömning• Erbjudande att lista sig hos vård- och omsorgsboendet läkare• Informationsbroschyr från Legevisitten gällande hälso- och sjukvård på äldreboende• Information med broschyr om att Senior Alert används för riskbedömning och ev. åtgärder för att förhindra fallolyckor, undernäring och trycksår• Kreditansökan APO-dos	
Uppgiftslämnare	
Patientansvarig läkare (PAL), omvårdnadsansvarig sjuksköterska (PAS), kontaktperson (KP)	



Samtycke inhämtat och dokumenterat gällande information:		
Närstående		
Kvalitetsregister		
NPÖ/Take Care		
Övriga vårdgivare		
Kontaktuppgifter närstående		
	Ja	Nej
Kontakt dygnet runt?		

Omvårdnadsanamnes	Egna anteckningar
Kontaktorsak	
Hälsohistoria	
Läkemedelsansvar	
Pågående vård	
Social bakgrund/livsstil	
Överkänslighet, varning, observation, smitta	
Medicinsk diagnos	



Omvårdnadsstatus	Egna anteckningar
Aktivitet förflyttning/fallrisk	
Kommunikation	
Nutrition	
Elimination/inkontinens	
Hud/vävnad (trycksår/risk för trycksår)	
Kognitivt, psykiskt, socialt	
Smärta	
Andning/cirkulation	

Läkemedel	Egna anteckningar
Kontrollera att läkemedelslistan är aktuell och att alla läkemedel finns att tillgå.	
Dokumentera ansvar för läkemedelshantering/egenvårdsförmåga	
Planera för läkemedelsgenomgång	

Inom 7 dygn ska följande bedömningar/riskbedömningar (Senior Alert) finnas dokumenterade i journalen

Status	Egna anteckningar
ADL-bedömning	
Fallriskbedömning (Downton Fall risk index)	



Trycksårsbedömning (Norton)	
Risk för undernäring (MNA)	
Längd och vikt (BMI)	
Smärtskattning (AbbeyPainScale, VAS, NRS)	
Munhälsa (ROAG)	
Sömn/vila	
Annan information av vikt, när det gäller hälso- och sjukvård ska dokumenteras under respektive sökord	

Inom 2 veckor ska omvårdnadsplaner vara upprättade och dokumenterade

Omvårdnadsplaner ska upprättas utifrån bibehållna resurser, aktuella omvårdnadsproblem och identifierade riskbedömningar. Omvårdnadsplanerna skall innehålla följande:

Omvårdnadsplaner
Omvårdnadsdiagnos/Omvårdnadsproblem
Mål och delmål
Åtgärder
Uppföljning tidsbestäm
Utvärdering/resultat



Övrigt	Egna anteckningar
Aktuellt med Screening för MRSA, VRE, ESBL, covid enligt handlingsprogram, Vårdhygien	
Individuell bedömning av eventuellt behov av inkontinenshjälpmedel annat stöd för att bibehålla kontinens tex tider för toalettbesök	
Registrera patient för APO-dos	
Fotstatus	
Ställningstagande NVP dokument/bedöm palliativa vårdbehov	
Läkarbesök samt läkemedelsgenomgång med läkare	
Vårdplanering med patient och närstående	