# Incheckningsformulär Vårdhotell

## Kriterier

Vårdnivån är undersköterskekompetens samt ensamarbetande, bemanning dygnet runt. Detta innebär att utgångspunkten är egenvård - vårdåtgärder utifrån vårdnivån kan utföras.

Överenskommelse och instruktion ska följas. Checklista ska vara ifylld, se nedan

## Patientinformation

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn: |  |  | Personnr: |  |
| Mail: |  |  | Telefonnr: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Klinik/Enhet: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Incheckning: |  | Förväntad utcheckning: |  |

Varför behöver patienten bo på Vårdhotellet? Beskriv enligt SBAR, ange ev allergi.

|  |  |
| --- | --- |
| **S** |  |
|  |  |
|  |  |
| **B** |  |
|  |  |
|  |  |
| **A** |  |
|  |  |
|  |  |
| **R** |  |
|  |  |

Logi för närstående? [ ]  JA [ ]  NEJ

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  |  |
| Relation:  |  |

##  Checklista

[ ]  Egenvårdsbedömning utförd och patienten uppfyller vårdhotellets kriterier.

[ ]  Patienten har fått muntlig och skriftlig information om vårdhotellet.

[ ]  Patienten kan sköta alla sina läkemedel och har med sig dessa.

[ ]  Patienten har fått information om planering av fortsatt vård.

[ ]  Det är dokumenterat/känt på kliniken att patient bor på vårdhotellet.

## Planering/åtgärder på Vårdhotellet

[ ]  Provtagning, datum: Typ av prov:

**OBS! Remiss ska finnas upplagt i Cosmic.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Typ av åtgärd** |  |  | **Gränsvärde för kontakt med klinik** |
|[ ]  Blodtryck ggr/dygn: |  |  |  |
|[ ]  Ta temp, ggr/dygn: |  |  |  |
|[ ]  Kontroll bladderscan: |  |  |  |
|[ ]  Pre-op dusch: |  |  |  |
|[ ]   |  |  |  |
|[ ]   |  |  |  |
|[ ]   |  |  |  |
|[ ]   |  |  |  |

Personal från incheckande enhet ansvarar för att kontrollera provsvar/parametrar i Cosmic.

Om personal på vårdhotellet har behov av kontakt med ansvarig klinik kontaktas:

|  |
| --- |
|  |
|  |

## Fortsatt planering

[ ]  Hemgång/Utcheckning utan vidare kontakt med incheckande klinik.

[ ]  Besök på klinik, eventuell fortsatt vistelse. (EJ utcheckning)

 **Kliniken ansvarar för att meddela vårdhotellet.**

[ ]  Fortsatt vård. Vart:

 Datum/Tid: