

Omvårdnadsmeddelande till	
Vårdtid	
Planeringsansvarig	
Pat. har informerats om att meddelande om utskrivning skickas ☐ Ja ☐ Nej	
Sjukhusvistelsen var orsakad av	
Resultat av aktuell vård och behandling	
Fortsatta behandlings- och rehabiliteringsåtgärder	
Aktuella mediciner	
Närstående	Tel. bost. Tel. arb.
Närstående	Tel. bost. Tel. arb.
Ansvarig läkare (PAL)	Datum
Utskrivande läkare	

Blad nr:

Signaturförtydligande se separat originalhandling i Läkemedelspärm

Planeringsansvarig	Kontaktersak / intagning: Pat./anhörigs beskrivning av anledn. till intagning	Tidigare sjukdomar
Uppgiftslämnare ☐ Annan person ☐ Tidigare journal		
Inskrivningsdatum	Inskrivningssätt	
ÖVERKÄNSLIGHET		
	Medicinsk diagnos	

År								OP	Upplysning om pat. får ges ☐ Ja ☐ Nej		
Längd / Vikt									Kontakta i första hand		
Kost								Datum	Provtagning	Sign.	Namn Relation Tel. bost. Tel. arb.
Dryck, ml.											Kontakta i andra hand
Infusioner, ml.											Namn Relation Tel. bost. Tel. arb.
OP											Tillfälliga uppgifter
Avföring											
Urin, ml.											
KAD											
PVK											
Drän / Tamp.											
BT								Datum	Röntgen/Konsulter/Fys. lab.	Sign.	
Puls Temp											
130 40°											
110 39°											
90 38°											
70 37°											
Puls: O röd Temp: X svart								KORTTIDSPLANERING / RAPPORTBLAD			

