MAL for utfylling av PLO Helseopplysningsskjema

Det presiseres at de aller viktigste punktene i skjemaet er funksjonsområdene. Her må det fremkomme tydelig hva pasienten klarer å gjøre selv og hva hen trenger hjelp til.

Punkter som mangler tekst, markert med tankestrek, er vurdert unødvendige å fylle ut.

PLO Status og antatt forløp: Hva er innleggelsesdiagnose, hva gjøres

Eks: innlagt med redusert almenntilstand, behandles for pneumoni med antibiotika IV, behov for oksygen på nesekateter.

PLO Aktuell problemstilling: KORT beskrivelse av innleggelsesårsak – hva skjedde og symptomer/skader.

Eks.: 86 år gammel kvinne. Innlagt fra legevakt, funnet av hjemmesykepleien på gulvet etter fall fra egen høyde, avmagret, fremstår ustelt, reinnlagt/hyppige innleggelser …

Familie og sosialt: Beskriv familieforhold enslig/gift/bor sammen med andre, utdanning, bosted, nettverk.

Hva er viktig for pasienten/pasientens ønsker og mål: Beskriv hva pasienten ser for seg av behov etter utreise fra sykehuset.

Eks.: pasienten trenger hjelp til/ønsker å bli vurdert for et korttidsopphold (evt. spesifikke ønske) /hjemmesykepleie/ønsker ikke hjelp …

Ansvarlig for medisinske opplysninger: -

Medisinsk vurdering: Hoveddiagnoser, medisinsk behandling som krever oppfølging i kommunen

Eks: oksygenbehandling, smertepumpe, antibiotika iv, sondemat …

Ansvarlig for sykepleieopplysninger: -



– krysses av dersom dette gjelder etter utskrivelse fra sykehus.

Planlegge utskriving/behov for opplæring: Dersom pas trenger hjelp til administrering av medisiner – dokumenter årsak, antall ganger per døgn/estimert ressursbruk/ …

Eks.: Behov for hjelp til nedtrapping av smertestillende/antibiotika iv x3 per døgn/hjelp til å sette Klexane, har fått noe opplæring på sykehuset, men mestrer ennå ikke/pasienten har ikke vært tilgjengelig for opplæring under sykehusopphold

Hjelpemidler: Beskriv hvilke hjelpemidler pasienten er i behov av og om pasienten har disse tilgjengelig hjemmet.

Eks.: Rullator – har hjemme, sykehusseng er bestilt av kommunens ergoterapeut

Praktiske tilleggsopplysninger:

Eks.: ønske om kartlegging-samtale på sykehuset, planlagt behandling m/dato, hjelpemidler – igangsatt/planlagt levering av utstyr, gjennomført/planlagt forhåndsomtale



– krysses av dersom pasient/pårørende har fått informasjon om og gitt samtykke til PLO-dialog m/kommune

# Funksjonsområder

1. Kommunikasjon/sanser/hørsel/språk:

Evne til å gjøre seg forstått/forstå, syn/hørsel-hjelpemidler, berøringssanser, språk/morsmål, dysartri/afasi(impressiv/ekspressiv), Logoped rapport

1. Kunnskap/utvikling/psykisk/mental status/selvmordsrisiko/voldsrisiko:

Bevissthet, orienteringsevne, hukommelse, innsikt i egen situasjon, engstelig/fortvilet/nedstemt/ …

1. Respirasjon/sirkulasjon:

Stabil sirkulasjon/respirasjon, svimmelhet, hjelpemidler (O2, CPAP/BIPAP, tracheostomi – har pasienten utstyr/utstyr er søkt og leveringsdato)

1. Ernæring/væske/elektrolyttbalanse/vekt/høyde/BMI:

Vekt/høyde/BMI med dato. Risiko for underernæring relatert til (svelgevansker, lav matlyst, smerter i munn/svelg, kvalme/oppkast, …). Type kost (diabetes/ glutenfri/ allergier …).

Hva slags hjelp trenger pasienten – skjære opp skiven/mates/ …

Behov for væskerestriksjon/føre væskeregnskap. Hjelpemidler, er disse levert til hjemmet?

1. Eliminasjon/kateter:

Urin/avføring – kontinens, presiser praktisk hjelpebehov, bleie/innlegg – type.

Ved behov for hjelp til å håndtere kateter/stomi – hvor ofte. Ved innlagt kateter: dato innlagt og størrelse, plan skifte/bytte. Er utstyr i hjemmet?

1. Hud/vev/sår /risiko for trykksår:

Tørr og varm/kald og klam i huden. Utslett/kløe/hematom/… Sår – sårdiagnose, beskriv m/TIME, legg ved sårprosedyre inkl. hyppighet sårskift, type utstyr/levert utstyr. Risiko for decubitus/luftmadrass

1. Aktivitet/funksjonsstatus/risiko for fall:

Spesifiser om pasienten er selvstendig/uselvstendig:

* forflytning med ganghjelpemiddel: går alene med rullator/går med rullator og følge.
* kan pasienten forflytte seg selv fra seng til stol/toalett, behov for hjelp?
* personlig hygiene – trenger hjelp til alt/nedentil stell/tilrettelegging

Hjelpemidler – er det søkt/levert, eller pasient har hjemme

Vurdering/forslag fra ergo/fysio/logoped

1. Smerte/søvn/hvile/velvære:

Smerter: beskriv lokalisasjon, intensitet (NRS), akutte/kroniske, behandling/tiltak både medikamentelt og ikke-medikamentelt med effekt, hva medfører smertene (redusert søvn/ ernæring/sosialt/mobilisering/…).

Søvnvansker? Behov for sovemedikament? Opplever pasienten å ha det bra?

1. Seksualitet/identitet/reproduksjon: -
2. Sosialt/boforhold/hjemmesituasjon/nettverk/pårørende/barn som pårørende:

Bor alene/sammen med … Ensom/stort nettverk. (Eks.: kommunal bolig, nytt tiltak fra sosionom på sykehus, behov videre). Har/behov for tiltak v/barn som pårørende. Vurdering fra sosionom.

1. Åndelig/kulturelt/livsstil/Rus og avhengighetsproblematikk:

Hva er viktig for pasienten, hvilke verdier har pasienten, spesiell tro, er det ritualer/noe som skal hensyntas? Har pasienten et risikofylt eller skadelig alkoholforbruk, andre rusmidler?

1. Annet/legedelegerte oppgaver/tverrfaglige fagrapporter/samarbeidsmøter/behov for koordinerte tjenester:

Venekateter – type, innlagt dato, sist stelt og neste stell/seponering. Utstyr: bestilt/levering dato.

Planlagt behandling; Dialyse x3/uke, poliklinisk time dato/tidspunkt, …