

## Dokumentation vid besök av sjuksköterska

Enhet/område: _____	Personnummer: _____
Datum: _____ Tid: _____	Namn: _____
Tjänstgörande sjuksköterska/ distriktssköterska: _____ _____	<input type="checkbox"/> Telefonkontakt* <input type="checkbox"/> Hembesök* <input type="checkbox"/> Kontakt*

<p>Kontaktorsak:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Problem/bedömning:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Beslut om åtgärd/ordination:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Utvärdering/uppföljning</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Dokumentation förs in av ordinarie sjuksköterska omgående nästkommande vardag i Procapita HSL

\*Telefonkontakt= kontakt om patienten enbart via telefon

\*Hembesök=besök hos patienten

\*Kontakt= om patienten enbart i möte med personal/anhörig/närstående