

CHECKLISTA -

Återbesök sjuksköterskebaserad hjärtviktsmottagning

Inom primärvård eller specialistvård.



Namn: _____

Datum: _____

OMVÅRDNADSANAMNES		SIGN
Kontaktorsak	T.ex. insättning/dosökning av betablockad, ACE/ARB, patientutbildning	
OMVÅRDNADSSTATUS		SIGN
Andning/cirkulation	<ul style="list-style-type: none">• Dyspné, hosta, andningsfrekvens, puls, hjärklappning, ödem, yrsel, perifer kyla, venstas, svullen buk• Kontroll av: Bltr. liggande/sittande• Vikt• EKG v.b.• VAS andfåddhet i vila• Lab v.b.	
Nutrition	Törst, aptit, nutritionsproblem	
Elimination	Inkontinens, nykturi, trängningar, obstipation, diarré	
Hud/vävnad	Torr hud, klåda, sår	
Aktivitet	Fysisk aktivitet, NYHA	
Sömn	Trötthet, sömn, vila	
Smärta	Ev smärtor, VAS- skattning	
Psykosocialt	Känslor, relationer, sjukdomsupplevelse	
Välbefinnande	Helhetsbedömning	
Aktuella läkemedel	Styrka/dos/måldos/förändringar, ev biverkningar	
Livskvalitetsskala	EQ5D	
OMVÅRDNADSÅTGÄRD		SIGN
Information/undervisning	Muntlig uppföljning av given information. Upprepa informationen, ställ frågor för att säkerställa att patienten har förstått	
Medverkan	Utgå från patientens kunskap om sjukdom, livssituation och funderingar	
Stöd	Emotionellt, socialt, praktiskt	

OMVÅRDNADSÅTGÄRD		SIGN
Miljö	Anpassning av miljön	
Speciell omvårdnad	Kompressionsbehandling, EKG, provtagning	
Läkemedelshantering	Titring av läkemedel, noggrann dokumentation av aktuell medicinering.	
Samordning	Samordning av andra vårdgivares insatser, RiksSvikt sista besöket.	
OMVÅRDNADSRESULTAT	Utvärdering, beslut, fortsatt planering	