

TRYCKSÅR VID ÖVERFÖRING FRÅN ANNAN VÅRDGIVARE
Utskriven från

Sjukhus	Avdelning	Datum:
---------	-----------	--------

Inblandad vårdtagare/patient

Namn	Personnumme
Medgivande att skicka avvikelser till utskrivande vårdgivare: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Menprövning för att skicka avvikelser är gjord av: (sjuksköterska)

Trycksår – stadie

Stadie 1
 Stadie 2
 Stadie 3
 Stadie 4

Har trycksåret/trycksåren uppstått på sjukhuset?

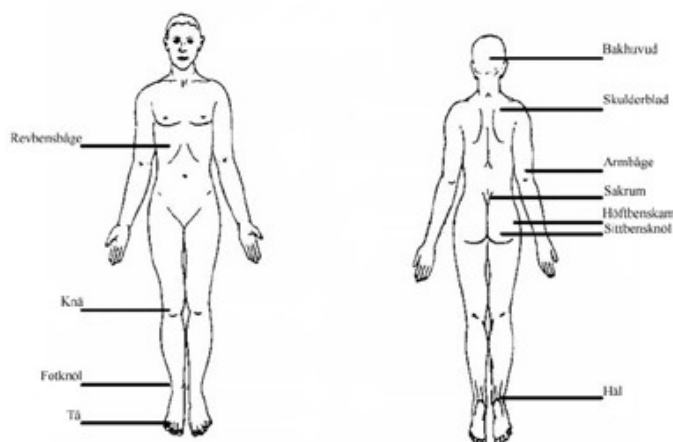
Ja Nej Vet ei

Har trycksåren informerats till kommunen via
- vårdplaneringen?

Ja Nej Vet ei

- epikris/utskrivningsmeddelande?

Ja Nej Vet ei

Trycksår – lokalisation (sätt X)

Konsekvens för vårdtagaren

obehag/lidande
 medicinsk insats av kommunens personal
 akut läkarkontakt

Avvikelsen är rapporterad av:

Sjuksköterska:	Enhet:
----------------	--------

Avvikelsen skickas till medicinskt ansvarig sjuksköterska!

(masen tar ställning till om avvikelser ska skickas till sjukhuset)

Avvikelsen översänds till:

Sjukhus:	Handläggare:	Datum:
----------	--------------	--------

Svar önskas till:

Medicinskt ansvarig sjuksköterska Socialförvaltningen V.Storgatan 35 283 80 Osby	Underskrift
---	-------------