



Vårdsystem

Löpnummer: _____

The Swedish National Study on
Aging and Care - Kungsholmen

Uppgiftslämnare:

Namn	Befattning	Period 2015-03-01
Utförare	Telefon	

Uppgiften avser: Ändring Avslut

(Gå till Avslutad längst ner på sidan)

Bostad inriktning: Servicehus Demens Psykiatrisk Övrig

Samtycke lämnat: _____

Personuppgifter:

Utomnordisk härkomst: Ja

Pers.nr: -

Land: _____

Civilstånd: Änka/änkling Skild Gift Ogift

Ensam-/samboende: Ensamboende Samboende

Sammanbor med: Make/maka/sambo Annan person

Sammanbor med make/maka
som har varaktig vård/omsorg? Nej Ja Pers.nr: -

Avslutad: Insats t.o.m: _____

Avslutsorsak: Flyttat till: _____

Avliden den _____ I särskilt boende På sjukhus

V.g. vänd = →

Standard i vård- och omsorgsboende

	Nej	Ja		Nej	Ja
Egen WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enbäddrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen dusch/bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tvåbäddrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokmöjligheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Flerbäddrum (3 boende eller fler) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hjälp för dagligt liv från andra än personal (dvs ej biståndsbedömd)

Får regelbunden hjälp av:	Saknas	Service/IADL				Omvårdnad/PADL			
		Aldrig	Sällan	En el. flera ggr/v	Dagl.	Aldrig	Sällan	En el. flera ggr/v	Dagl.
Make/maka/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kön på huvudsaklig hjälpare		Kvinna	<input type="checkbox"/>	Man	<input type="checkbox"/>	Kvinna	<input type="checkbox"/>	Man	<input type="checkbox"/>
Sambor med huvudsaklig hjälpare		Nej	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

Personligt vårdberoende

Service / IADL	Oberoende	Delvis beroende	Beroende	Omvårdnad / PADL	Oberoende	Delvis beroende	Beroende
Matinköp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av- och påklädning ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transport, allmänna kommunikationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toalettbesök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förflyttning (inkl. uppstigning/sänggående)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvätt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Födointag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övrigt personligt vårdberoende pga.

	Nej	se anvisn. sid 2				Nej	se anvisn. sid. 3			
		1	2	3			1	2	3	4*)
Rörelsehinder (fys.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svårhanterligt beteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avföringsinkontinens .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andningssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urinkateter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oro, otrygghet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trycksår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Svårläkt sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitiv nedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behov av särskild tillsyn eller särsk. vårdinsatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behov av särskilda sjukvårdsinsatser

	Nej	se anvisn. sid. 3				Nej	Ja
		1	2	3			
Läkemedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Näring via sond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APO-dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Näring intravenöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodtransfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injektionsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialysbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provtagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Omläggning av sår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*) går inte att bedöma pga. t.ex. demenssjukdom