

S - situation

Skadedatum: _____

Skademedkanism: _____

B - bakgrund

Fysisk prestationsförmåga innan skada enl MET

- 1 - Ligga och sova
 2 - Gå inomhus, äta, dricka klä på sig
 3 - Gå långsamt ca 100 m, cykla långsamt
 4 - Gå snabbt ca 100 m, gå uppför en trappa
 6 - Gå uppför en backe, en våning upp
 8 - Springa 100 m, skotta snö, tungt trädgårdsarbete
 10 - Högintensiv idrott

Hjärta	Inga kända hjärtsjukdomar <input type="checkbox"/>	Hypertoni <input type="checkbox"/>	Arytmi <input type="checkbox"/>
Hjärtsvikt <input type="checkbox"/>	Periphera ödem <input type="checkbox"/>	Halsvenstas <input type="checkbox"/>	Kardiomyopati <input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt:	färsk <input type="checkbox"/>	senaste månaden <input type="checkbox"/>	tidigare år: _____
Lunga	Astma <input type="checkbox"/>	KOL <input type="checkbox"/>	grad: _____
Dyspné:	ingen <input type="checkbox"/>	vid ansträngning <input type="checkbox"/>	i vila <input type="checkbox"/>
Allergi	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> :		

Övriga relevanta sjukdomar: _____

Medicinlista: skrivs på baksidan

A - aktuellt

Skallskada	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> :
Buuskada:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> :
Thoraxskada:	Nej <input type="checkbox"/>	Pneumothorax: vänster <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/>
		Revbensfrakturer: vänster <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/>
		Lungkontusion: vänster <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/>
		Annat _____
Ryggskada	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> :
Extremitets-skada:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Övre extremitet: Nedre extremitet:
Hudskada	Nej <input type="checkbox"/>	Trycksår: Skrapsår: Öppna frakturer: Degloving skador: Annat: _____
Övriga skador: _____		

R - rekommendation

Venaccess	PICCLINE eller CVK
Hjärt Ekokardiografi	om patienten är > 65 år eller har ett blåsljud
Annat:	RTG pulm eller CT thorax

Patientens namn:

Personnummer:

Ansvarig läkare på hemsjukhus

Telefonn

Gång-förmåga	Inga problem	Med gång-hjälpmiddel	Med hjälp av en person	Inte alls
Inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå o handla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boende	Självständig <input type="checkbox"/>		Hemhjälp <input type="checkbox"/>	Särskild <input type="checkbox"/>
Mental-tillstånd	Uppenbar demens <input type="checkbox"/>		Misstänkt demens <input type="checkbox"/>	Ingen demens <input type="checkbox"/>
Psykisk sjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> :			Behov av extravak <input type="checkbox"/>
Missbruk	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Tidigare <input type="checkbox"/>	Pågående <input type="checkbox"/>
	Alkohol <input type="checkbox"/> Annat: _____			
Smittsamma sjukdomar, inkl. multiresistenta, vinterkräksjuka, osv.				
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> :				

A - problem med luftväg? Nej Ja Intuberat

B - Lungstatus

Saturation: _____ % med _____ liter syrgas

Auskultation: ua annat: _____

C - Hjärtstatus

BT: _____ / _____ mmHg

EKG:

Auskultation: ua _____ annat: _____

D - Neurologisk bortfall Nej Ja

Glasgow coma scale

E/F

Lab	Datum:			
Hb:	LPK:	TPK:	Na:	K:
Krea:	Urea:	GFR:	ProBNP:	Albumin:
Laktat:	APTT:	PK:	CRP:	SR:

Aktuell infektion Nej ja :

IVA behov Nej Ja

Undersökningar och behandlingar utförda på hemsjukhuset

Röntgen	CT (vilka /datum):
	Slätröntgen (vilka/datum):
Operationer/ stabiliseringar	Bäcken: Stabiliserad med SAM-sling <input type="checkbox"/> exfix <input type="checkbox"/> Övrigt: _____

