

	Pasientens navn og f. dato (etikett)
---	--------------------------------------

<b>Utskrivningsrapport</b>	Til spl. tjeneste/psykisk helsetjeneste
Varslet (dato/kl.slett)	
Innlagt dato:                      Utskrevet dato:	
Kommune	
Navn på den som mottok varselet	
Utført av (sign)	
<b>Informasjon om pasient</b> <b>Viktige opplysninger:</b> Cave: Smitte; Allergi:	
<b>Familie/sosialt</b> Sivilstatus/boforhold: Språk: Nærmeste pårørende:	
<b>Registrerte hjelpemidler</b> Briller: Hørsel: Pacemaker: Andre hjelpemidler: Type hjelpemiddel, status (utlånt, tilbakelevert etc.)	
<b>Assistert kommunikasjon</b> Hørsel-/synssvikt: Behov for tolk: <hvilket språk> Navn på ev. tolk:	
<b>Kontrolltime bestilt</b> Av sykehus: Pasienten må bestille selv:	
<b>Kontaktperson helsepersonell</b> Funksjon og navn	

## Sykepleieopplysninger

**Sykepleiesammenfatning**

1. Pasientstatus ved innleggelse\*
  - a. Innleggelsesårsak
  - b. Aktuelle problemstillinger
2. Antatt forløp\*
  - a. Planlagte undersøkelser/behandling og forventet funksjonsnivå
3. Status ved utskrivning (oppsummert informasjon om undersøkelser, behandling, behandlingsplan, medisin oppfølgingsbehov og funksjonsnivå. Gjelder kun Utskrivningsrapport)
4. Hva er viktig for pasienten? (ønsker og mål)
5. Kunnskap og utvikling (hukommelse, klarer pasienten å tilkalle hjelp/utføre daglig gjøremål. Samtykkekompetanse?)
6. Psykisk tilstand (orienteringsevne, stemningsnivå, angst, psykosetilstander)
7. Kommunikasjon
8. Rus og avhengighetsproblematikk
9. Respirasjon, sirkulasjon
10. Ernæring (Appetitt. Type kost, spiser pasienten selv? Vektendring? Behov for bistand i måltid, ernæringscreening?)
11. Eliminering (Inkontinens, forstoppelse, kateterisering, stomi, behov for bistand?)
12. Hud, vev, sår (Beskriv såret, sårbehandling, risiko for sår?)
13. Aktivitet (Personlig hygiene/påkledning, forflytning, reiser seg fra seng/stol selv, gangfunksjon, behov for hjelpemidler? Fallscreening?)
14. Smerte, søvn, hvile (Akutt/kronisk, lokasjon, karakter, mønster, intensitet)
15. Relasjoner, sosiale forhold
16. Seksualitet, identitet, reproduksjon
17. Åndelig, kulturelt
18. Risikovurdering/ sikkerhet
19. Økonomi/ juss
20. Informasjon til pasienten
21. Annet/ sammensatt status (Pasientstatus basert på vurderingsparametere, boligens egnethet, flere plan, trapp, heis, bolignøkkel. Har pasienten fått informasjon om Individuell plan)

**Trenger hjelp til legemiddeladministrering**
**Legemidler administrert på utskrivningsdag:**

Medisiner utdelt t.o.m:  
 Ikke tatt stilling til  
 Morgen (07-09)  
 Lunsj (11-13)  
 Middag (17-19)  
 Kveld (21-24)

Signer (tittel og fullt navn)	
-------------------------------	--