VARSELBLANKETT

MiNT, Mobila Närvårdsteamet, Jämtlands län.

Blankett skickas till Östersunds sjukhus, Lungmottagningen, MiNT, 83183 Östersund

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Information om vårdtagare/patient** | | **Kommuninformation** | |
| Personnummer: |  | Dsk hemsjukvård: |  |
| Vårdtagares namn: |  | Telefonnummer: |  |
| Telefonnummer: |  | Biståndshandläggare: |  |
| Adress: |  | Hälsocentral: |  |
| Postnummer och Ort: |  |  | |
| **Avsändarenhet:** |  |  | |
| Datum: |  | **Sjukhusvård**  Inblandade kliniker: | |
| Namn och Yrkeskategori |  |
| Telefon/mail: | | 1. | |
| **Anhöriga att kontakta, namn och telefonnummer:** | | 2. | |
|  | | 3. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtycker till inhämtande av information från relevanta journaler?**   * Ja * Nej | **Patient införstådd med att varsel sänts**?   * Ja * Nej |

|  |
| --- |
| **Kriterier** (minst 4 ska vara ifyllda)   * Tre eller fler kroniska diagnoser * Inlagd på sjukhus 3ggr eller fler senaste 12 mån * 6 eller fler ordinerade läkemedel * 75 år eller äldre * Har hemsjukvård * ADL-beroende   **Alternativt** (om inte 4 ifyllda)   * Tacksam för bedömning om Mobila närvårdsteamet kan hjälpa denna patient |

|  |
| --- |
| **I vilken situation befinner sig patienten nu?** Vad behöver hen hjälp med? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adress till Teamet:  Östersunds sjukhus, Lungmottagningen,  MiNT, 83183 Östersund | Ssk, Mint-Teamet | 070-222 96 03 |
| Ssk, Mint-Teamet | 070-220 70 74 |
| Faxnummer | 063-15 45 24 |