



Dato/Kl.	A Oplysningerne til sygeplejeanamnesen					Sign.
	indhentet hos <input type="checkbox"/> patienten <input type="checkbox"/> pårørende <input type="checkbox"/> hjemmeplejen <input type="checkbox"/> anden:					
	A Årsag til indlæggelsen					
					Antal timer fra skaden er sket til pt. blev indlagt: ____ timer	
	A Simpel test til vurdering af hukommelsesfunktion					
	<input type="checkbox"/> Kan ikke deltage					
	<i>Patienten angiver: (Der gives et point for hvert korrekt svar.)</i>					
	<input type="checkbox"/> Egen alder korrekt	<input type="checkbox"/> Eget tlf. nr. korrekt	<input type="checkbox"/> Korrekt årsag til indlæggelsen			
	<input type="checkbox"/> Cpr. nr. korrekt	<input type="checkbox"/> Egen højde og vægt korrekt	<input type="checkbox"/> Egen medicin (type, nødvendigvis ikke navne)			
	<input type="checkbox"/> Egen adresse korrekt	<input type="checkbox"/> Indlæggelsesdato (+/- én dag)	<input type="checkbox"/> Genkende interviewer senere.			
	<input type="checkbox"/> Normal hukommelse(7 - 9 point) <input type="checkbox"/> Nedsat hukommelse(0 - 6 point) Samlet point:					
	A Bevidsthedsniveau		A Smerter		A Respiration	
	Habituel	Aktuel	Habituel	Aktuel	Habituel	Aktuel
	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ikke smerteforpin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reagerer på tiltale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smerter i hvile (VAS>3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cyanose	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reagerer på berøring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Smerter ved aktivitet (VAS>4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bleg	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Reagerer på smerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kroniske smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Forlænget ekpiration	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ukontaktbar	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Funktions dyspnoe	<input type="checkbox"/>
			A Kredsløb		<input type="checkbox"/> Hvile dyspnoe	<input type="checkbox"/>
	A Kognition		Habituel	Aktuel	<input type="checkbox"/> Stridor	<input type="checkbox"/>
	Habituel	Aktuel	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sekretraslen	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Svimmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ekspektorat	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Motorisk urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ortostatisk BT	<input type="checkbox"/>	Hjælpemidler:	
	<input type="checkbox"/> Usammenhængende tale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ødem af UE	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Hallucineret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blodtryk <input type="checkbox"/> højt/ <input type="checkbox"/> lavt		Særlige hensyn pga. resp.	
	<input type="checkbox"/> Hukommelsessvækket	<input type="checkbox"/>	Særlige hensyn pga. kredsløbs-		problemer:	
	<input type="checkbox"/> Koncentrationsforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	problemer:			
	Følgende er habituel:					
	A Syn					
	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/> Briller/læsebriller / <input type="checkbox"/> Medbragt	<input type="checkbox"/> Kontaktlinser / <input type="checkbox"/> Medbragt			
		<input type="checkbox"/> Glasøje (<input type="checkbox"/> hø/ <input type="checkbox"/> ve) / <input type="checkbox"/> Medbragt	<input type="checkbox"/> Nedsat syn (<input type="checkbox"/> hø/ <input type="checkbox"/> ve)	<input type="checkbox"/> Blind (<input type="checkbox"/> hø/ <input type="checkbox"/> ve)		
	A Hørelse					
	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/> Nedsat hørelse (<input type="checkbox"/> hø/ <input type="checkbox"/> ve)	<input type="checkbox"/> Døvt (<input type="checkbox"/> hø/ <input type="checkbox"/> ve)	<input type="checkbox"/> Høreapparat (<input type="checkbox"/> hø/ <input type="checkbox"/> ve) / <input type="checkbox"/> Medbragt		
	Urogenitalt					
	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/> Nykturi	<input type="checkbox"/> Stranguri	<input type="checkbox"/> Inkontinent		
		<input type="checkbox"/> Urinretention. Sidste vandladning d.:		kl.		
		<input type="checkbox"/> Kronisk kateterbærer	<input type="checkbox"/> Stomi	<input type="checkbox"/> Faste toilettider kl.:		
		<input type="checkbox"/> Hjælpemidler				
	Gastrointestinalt					
	<input type="checkbox"/> Intet abnormt	<input type="checkbox"/> Kvalme	<input type="checkbox"/> Opkastning	<input type="checkbox"/> Inkontinent	<input type="checkbox"/> Obstipation	
		<input type="checkbox"/> Diarre	<input type="checkbox"/> Hæmorider	<input type="checkbox"/> Stomi		
		<input type="checkbox"/> Afføring sidst d.:		<input type="checkbox"/> Defækationshyppighed:		
		<input type="checkbox"/> Hjælpemidler:				
	A Skal, på den akutte patient, udfyldes inden for de første par timer efter indlæggelsen					

PATIENTLABEL:

Ortopædkirurgisk afdeling M
Sygeplejeanamnese



År

Nummer

Side 3b

Dato/Kl	A	Hud	Sign
	<input type="checkbox"/>	Aktuel Bradenscore foretaget (jf. ADL-ark)	
	<input type="checkbox"/>	Intet abnormt <input type="checkbox"/> Ulcus cruris, (<input type="checkbox"/> hør/ <input type="checkbox"/> .ve)	
	<input type="checkbox"/>	Tryksårsstadiet (jf. ADL-ark) Tryks års lokalisation:	
	<input type="checkbox"/>	Specielle hudproblemer:	
Tandstatus			
	<input type="checkbox"/>	Egne tænder <input type="checkbox"/> Helprotese <input type="checkbox"/> Delprotese <input type="checkbox"/> Medbragt	
	<input type="checkbox"/>	Specielle mundproblemer:	
Ernæring			
	<input type="checkbox"/>	Primær-/ sekundær screening foretaget (noteres direkte på ernæringskemaet)	
Søvn/hvile			
	<input type="checkbox"/>	Ingen problemer <input type="checkbox"/> Føler sig ofte træt <input type="checkbox"/> Hviler midt på dagen <input type="checkbox"/> Hviler flere gange dagligt	
	<input type="checkbox"/>	Anvender sovemedicin <input type="checkbox"/> Afbrudt nattesøvn <input type="checkbox"/> Vaner i forhold til søvn/hvile	
Personlig hygiejne			
	<input type="checkbox"/>	Uden hjælp Hjælp til: <input type="checkbox"/> Overkrop <input type="checkbox"/> Underkrop <input type="checkbox"/> Badning	
Påklædning			
	<input type="checkbox"/>	Uden hjælp Hjælp til: <input type="checkbox"/> Overkrop <input type="checkbox"/> Underkrop	
Toiletbesøg			
	<input type="checkbox"/>	Uden hjælp <input type="checkbox"/> Med personstøtte	
A Kommunikation			
	<input type="checkbox"/>	Intet abnormt <input type="checkbox"/> Stum <input type="checkbox"/> Afasi _____	
		Taler og forstår dansk <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Sprog _____ <input type="checkbox"/> Behov for tolk	
		Kan patienten læse og forstå skriftligt informationsmateriale <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nej	
Vejlednings- / informationsbehov			
	<input type="checkbox"/>	Vurdering foretaget. Vejlednings - / informationsbehov foretages direkte på vejlednings/informationskemaet	
Psykisk (af betydning for indlæggelsen)			
	<input type="checkbox"/>	Ingen specielle hensyn <input type="checkbox"/> Specielle hensyn:	
Religion (af betydning for indlæggelsen)			
	<input type="checkbox"/>	Ingen specielle hensyn <input type="checkbox"/> Specielle hensyn:	
Nuværende/tidligere beskæftigelse			
Interesser			
Netværk (familie / venner)			
	<input type="checkbox"/>	Ingen hjælp <input type="checkbox"/> Får hjælp af: _____ til: _____	

Sygeplejeanamnese