PATIENTLABEL:

Ortopædkirurgisk afdeling M

Sygeplejeanamnese

År Nummer **Side 3c**

Dato/kl	Mobilitet	New Mobility Test Score	Sign
	Gangfunktion indendørs: ❑ Ingen hjælpemidler (3)		
	❑ Møbelstøtte ❑ Stok/krykstok ❑ Gangbuk/rollator (2)		
	❑ Personstøtte (1)		
	❑ Kørestol ❑ Sengeliggende ❑ Stålift ❑ Lift (0)		
	❑ Pt. kan selv rejse/sætte sig		
	Gangfunktionen udendørs ❑ Ingen hjælpemidler (3)		
	❑ Stok/krykstok ❑ Gangbuk/rollator (2)		
	❑ Personstøtte (1)		
	❑ Kørestol (0)		
	Kommer på gaden ❑ Dagligt ❑ Mindst en gang ugentlig		
	❑ Mindre end en gang ugentlig ❑ Aldrig		
	Gangfunktion trapper ❑ Uden hjælp ❑ Brug for hjælp ❑ Ikke i stand til at gå på trapper		
	Klarer indkøb ❑ Ingen hjælpemidler (3) ❑ Støtte (2) ❑ Personstøtte (1) ❑ Kan slet ikke (0)		
	New Mobility test ❑ Normal aktivitetsniveau (5 - 9 point) **Samlet score:** ❑ Nedsat aktivitetsniveau (0 - 4 point)		
	Helhedsvurdering ❑ Ikke risiko for delir ❑ Risiko for delir (Alder > 75 + ↓ hukommelse + ↓ aktivitetsniveau)		
	Faldtendens: Har faldtendens ❑ Ja ❑ Nej		
	Hvis Ja: hvor ofte: dgl./ugentl./mdl.		
	Årsag:		
	Konsekvens:		

Boligforhold

Boligtype ved indlæggelsen:	Etage/antal trin: Elevator: ❑ Ja / ❑ Nej
Boligstatus ved indl.:	❑ Samboende ❑ Bor alene ❑ Bor på plejehjem ❑ Ældrebolig ❑ Beskyttet bolig
Andre forhold:	❑ Hjælper samboende ❑ Får hjælp af samboende ❑ Kæledyr:
Boligændringer før indlæggelsen:	
❑ Ingen boligændringer	❑ Dørtrin fjernet ❑ Håndgreb opsat ❑ Løse tæpper fastgjort
	❑ Skridsikring af gulve i badeværelse ❑ Andet:
Ansøgt om/godkendt til anden bolig:	
❑ Ikke aktuelt	❑ Indstillet / ❑ Godkendt til anden bolig:

Hjælpemidler i hjemmet ved indlæggelsen

❑ Ingen hjælpemidler	❑ Nødkald	❑ Toiletforhøjer	❑ Strømpepåtager	❑ Gribetang
	❑ Rullebord	❑ Badetaburet	❑ Elastiksnørebånd	❑ Andet:

Primær Sundhedstjeneste

❑ Ingen hjælp	Telefonnummer:_____
❑ Hjemmehjælp: antal besøg ____ pr. dag / uge	❑ Hjemmesygepleje: antal besøg ____til:
Får hjælp til: ❑ Indkøb ❑ Rengøring	❑ Medicinophældning
❑ Tøjvask ❑ Personlig	❑ Sårpleje x _____ uge
❑ Ugentligt bad ❑ Påklædning	
❑ Måltider, daglige	❑ Dagcenter x ____ uge ❑ Daghjem x _____ uge
❑ Toiletbesøg	❑ Madudbringning leveret fra:
❑ Komme i/ud af seng	
❑ Døgnpleje	På flg. dage: ❑ Ma ❑ Ti ❑ On ❑ To ❑ Fr ❑ Lø ❑ Sø

Sygeplejeanamnese