

Tjekliste for patienter der udskrives fra Respirationscenter Syd

Patientens navn & CPR-nr.:		
Diagnose		
Angiv diagnose, der forårsager respiratoriske problemer:		
Angiv evt. andre diagnoser:		
Respiratorisk overvågning		
Angiv antal respiratoriske overvågningstimer inden for én af følgende målgrupper: <input type="checkbox"/> Respirator <input type="checkbox"/> BI-PAP <input type="checkbox"/> Tracheostomi med sekretproblematik <input type="checkbox"/> CPAP som behandling (ikke træning)	<input type="checkbox"/> 24 timer	<input type="checkbox"/> Andre perioder, angiv timetal og klokkeslæt
Angiv hjælperholdets kompetenceniveau:	<input type="checkbox"/> Faglært	<input type="checkbox"/> Ufaglært/personligt hjælperhold
Angiv evt. krav om overlab/to personer v. vagtskifte ift. følgende opgaver: <input type="checkbox"/> Tracheostomipleje: <input type="checkbox"/> Tubeskift: <input type="checkbox"/> Andet, angiv hvilken:	<input type="checkbox"/> Ja, angiv tidsforbrug og evt. hvor lang en periode der er tale om	<input type="checkbox"/> Nej
Apparater (sæt kryds ved det bevilgede)		
Respirator		
BiPAP		
CPAP		
Fugter		
Hostemaskine		
Sug		
Respiratorbord		
Diverse		
Angiv hvorvidt borgeren ønsker sovevagter:	<input type="checkbox"/> Ja Henvisning til samtykkeerklæringen	<input type="checkbox"/> Nej
Angiv hvorvidt der er borgervalgte frasingelser:	<input type="checkbox"/> Ja Henvisning til samtykkeerklæringen	<input type="checkbox"/> Nej
Angiv hvorvidt borgeren ønsker mere end 12-timers vagter:	<input type="checkbox"/> Ja Henvisning til samtykkeerklæringen	<input type="checkbox"/> Nej
Angiv hvorvidt én hjælper er tilstrækkelig, hvis/når denne samtidig skal køre bil for borgeren:	<input type="checkbox"/> Ja, én hjælper er tilstrækkelig	<input type="checkbox"/> Nej. Der henvises til notat af den:

Timeforbrug til sidemandsoplæring inkl. teoridag, for hver ny hjælper på holdet	
Angiv antal oplæringstimer: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respirator, 60 timer + teoridag <input type="checkbox"/> BI-PAP, 10-12 timer <input type="checkbox"/> Tracheostomi: <input type="checkbox"/> CPAP: 	
Særlige forhold	
Angiv evt. særlige forhold:	
Oplysninger om den udfyldte tjekliste	
Den lægefaglige vurdering:	
Tjeklisten udfyldt af:	
Dato for udfyldelse:	
Telefonnummer og evt. kontaktperson på Respirationscentret:	