

Udskrivningsstatus

Dokumentation i 'Udskrivningsstatus' kan anvendes som en metode til at holde overblik over patientens indlæggelsesforløb. En løbende opdateret 'Udskrivningsstatus' er desuden en stor hjælp i udskrivningsprocessen, idet en stor del af indholdet fra 'Udskrivningsstatus' kan hentes ind i Plejeforløbsplanen og Udskrivningsrapporten.

'Udskrivningsstatus' findes i afdelingens Standardplan.

101000-6IB0 - Inge Binge - Opret resultat

Udskrivningsstatus

Kort resumé af indlæggelsesforløbet mere ▼

Aftaler efter udskrivelsen mere ▼

Funktionsevnevurdering mere ▼

Vaske sig: 0 1 2 3 4 9

Af- og påklædning: 0 1 2 3 4 9

Gå på toiletet: 0 1 2 3 4 9

Forflytte sig: 0 1 2 3 4 9

Færdes i forskellige omgivelser: 0 1 2 3 4 9

Drikke: 0 1 2 3 4 9

Spise: 0 1 2 3 4 9

Funktion og færdigheder. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Ernæring. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Hud og slimhinder. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Kommunikation. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Psykosocialt. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Respiration og cirkulation. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Seksualitet. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Smerte og sansindtryk. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Søvn og hvile. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Viden og udvikling. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

Udskillelser. Status og opgaver efter udskrivelse/overflytning mere ▼

Beskrivelse:

I 'Udskrivningsstatus' kan du dokumentere indlæggelsesforløbet og status inden for de sygeplejefaglige behovsområder. Det er en fordel, allerede fra modtagelse af patienten, samt løbende, at notere følgende i 'Udskrivningsstatus':

- Indlæggelsesårsag
- Relevante undersøgelser og svar
- Behandlingsplaner
- Plejetiltag/planer mv.

Relevante sygeplejefaglige problemområder dokumenteres kort tid før udskrivelsen, således at dokumentationen er opdateret og brugbar i forbindelse med udarbejdelse af Udskrivningsrapporten.

Funktionsevnevurderingen er en del af Udskrivningsstatus og beskriver patientens aktuelle funktionsevne. I Funktionsevnevurderingen dokumenteres patientens ressourcer i forhold til at:

- Vaske sig
- Klæde sig af og på
- Gå på toilet
- Forflytte sig
- Færdes i forskellige omgivelser
- Drikke
- Spise


'Funktionsevnevurderingen' udfyldes på følgende måde:

Hvert felt/aktivitet udfyldes med prosatekst og point score. Det er vigtigt, at man beskriver:

- Aktiviteten og patientens behov for hjælp, og ikke kun scorer med point.
- Hvad hjælpen fra personalet består i (prosatekst).

Ved at holde musen/curseren over tallene, fremkommer en tekst, som beskriver den valgte score.

Funktionsevnevurderingen kan udfyldes i samarbejde med ergo- og fysioterapeuter.

Indholdet fra 'Udskrivningsstatus' kan hentes direkte ind i en Plejeforløbsplane og/eller Udskrivningsrapport via  , dog skal Funktionsevnevurderingen hentes ind ved at klikke på 