**Ny pasient fra AMC2**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Meldt av: |
| Navn:  | Født: | §: |
| Adresse:  | Antall innleggelser: | Sist innlagt/avdeling: |
| Tentativ diagnose: | GAF S: F: | MADRS:YMRS: |
| V-Risk utført: | Ja:  | Nei:  |
| Tidligere voldsatferd: | RUS: | Suicidalitet: |
| Pårørende varslet:  | Barn under 18 år: | Tilsyn: |
| BVC score: | Skjermes på AMC2: | Skjermingsvedtak fattet: |
| PLO melding sendt: | Individuell plan: |  |
| **Årsak til innleggelse / symptomer:**Somatisk helse/blodprøver/smitte: Kjent somatisk tilstand som krever oppfølging: |

**Beskjed mottatt av: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato\_\_\_\_\_\_\_\_ kl\_\_\_\_**

**Mottak**

Mottakende navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sjekke at rom er klart |  | Med. Kardex gis med. Ansvarlig spl |
|  | Gjennomgå bagasje/klær/lommer (2 personal) |  | Fylle ut «Trygge hender» for pasLegges i med. kardex |
|  | Pårørende mappe + velkommen til post brosjyre |  | Skrive opplysninger på tavle |
|  | Navn på rom |  | Vekt/livvidde/Høyde – HVIS IKKE ***->* Tiltak** |
|  | Omvisning i post hvis mulig |  | UP (ikke tatt AMC2) |
|  | Muntlig info om postens rutiner |  | Sjekk BP tatt AMC2, hvis ikke kontakt lege |
|  | Trenger sykemelding? |  | EKG (hvis ikke mulig, skrives som tiltak) |
|  | Starte pleieplan |  | Skriftlig samtykke for kontakt med pårørende |
|  | Barn? ***->*** gul lapp i DIPS til sosionom |  | Låse inn PC – avklare |
|  | Avklare telefon (skjerming) |  | Hvis tvang § - gi hefte «Uten samtykke men med rettigheter i psykisk helsevern» |

**Hvis ikke alt er gjort innen vaktens slutt, avtal personlig med spl på neste skift.**

**Legges i hylle til sekretær når fullført.**

**SAMTYKKE TIL Å GI INFORMASJON**

Vi er her for å hjelpe deg på en best mulig måte mens du er innlagt.

For å få til dette ser vi det som svært viktig å snakke med de personene som står deg nærmest til daglig. Dine nærmeste har også behov for informasjon om hvordan du har det nå, slik at de kan forstå litt mer av det du har opplevd, blant annet for å kunne hjelpe deg best mulig mens du er innlagt og når du blir utskrevet.

Jeg gir herved mitt samtykke til at ansatte ved Spesialavdeling voksne kan:
(kryss av)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fritt **gi** relevant informasjon angående min helsetilstand til mine nærmeste pårørende |
|  | Kan kun gi informasjon angående min helsetilstand til:  |
|  | Kan **ikke gi** informasjon til mine nærmeste pårørende |
| For å kunne hjelpe deg med nødvendige gjøremål utenfor posten, trenger vi samtykke fra deg til å innhente og dele relevant informasjon fra/til for eksempel. NAV, eller andre deler av det offentlige hjelpeapparatet, kommunehelsetjenesten, andre sykehus o.l |
|  | Jeg samtykker til at man innhenter og deler nødvendig informasjon fra fastlege, kommunehelsetjeneste, andre sykehus etc |
|  | Jeg samtykker til at man innhenter og deler nødvendig informasjon fra NAV eller andre deler av det offentlige hjelpeapparatet. |

|  |
| --- |
| **ANNET:** |

**Dette samtykket gjelder KUN ved nåværende opphold ved Spesialavdeling voksne og jeg er informert om at jeg kan trekke samtykket mitt når jeg måtte ønske det.**

**Jeg er også informert om at dette skjemaet vil legges ved min journal.**

Sted/Dato: Stavanger / -

Signatur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_