

ID-Etikett:

Neonatal hemsjukvård - protokoll

Inskrivning till NHSV:
_____(ÅÅMMDD)

Utskrivning från NHSV:
_____(ÅÅMMDD)

Protokollnummer (nr/år): _____.
Ifyllnad kollad: ☐ Ja
Registrerad: ☐ Ja

Inskrivning

Vårdnadshavare 1: _____. Vårdnadshavare 2: _____.

Mobilnr: _____. Mobilnr: _____.

Adress: _____. Postnummer: _____.

Anledning till inskrivningo Neonatal hemsjukvård:

_____.

Inskrivningsdata:

Barnets Gestationsvecka: ____veckor.____dagar.

Födelsevikt: _____gram. Födelselängd: _____cm. Födelsehuvudomfång: _____cm.

Variabel	Vid inskrivning till Neo-HSV	Vid utskrivning från Neo-HSV
Vikt (gram)		
Längd (cm)		
Huvudomfång (cm)		
Mamma vill amma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Amning (Helt =H /Delvis=D /inte alls =IA)	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> IA	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> IA
Barnet har V-sond	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Barnet har infart (Ange typ av infart)	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej
Andningsstöd (ange form)	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej
Extra syrgasbehov (ange % el l/min)	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja _____ <input type="checkbox"/> Nej
Vårdnivå	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Återinläggning till Neonatal-IVA: _____(ÅÅMMDD)

Orsak till återinläggning:

_____.

Åter till hemsjukvård: ☐ Ja _____(ÅÅMMDD). ☐ Nej, utskriven till hemmet

Neonatalt hemsjukvårdsprotokoll

Hembesök	Åtgärder / Resurser
Nr: ____. Datum: _____. Hos familj kl: _____. Från familj: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Viktkontroll <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Läkemedelsadministrering <input type="checkbox"/> Annan åtgärd _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelser: <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Barnet/familjen <input type="checkbox"/> Personal _____ _____
Nr: ____. Datum: _____. Hos familj kl: _____. Från familj: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Viktkontroll <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Läkemedelsadministrering <input type="checkbox"/> Annan åtgärd _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelser: <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Barnet/familjen <input type="checkbox"/> Personal _____ _____
Nr: ____. Datum: _____. Hos familj kl: _____. Från familj: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Viktkontroll <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Läkemedelsadministrering <input type="checkbox"/> Annan åtgärd _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelser: <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Barnet/familjen <input type="checkbox"/> Personal _____ _____
Nr: ____. Datum: _____. Hos familj kl: _____. Från familj: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Viktkontroll <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Läkemedelsadministrering <input type="checkbox"/> Annan åtgärd _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelser: <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Barnet/familjen <input type="checkbox"/> Personal _____ _____
Nr: ____. Datum: _____. Hos familj kl: _____. Från familj: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Viktkontroll <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Läkemedelsadministrering <input type="checkbox"/> Annan åtgärd _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelser: <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Barnet/familjen <input type="checkbox"/> Personal _____ _____
Nr: ____. Datum: _____. Hos familj kl: _____. Från familj: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Viktkontroll <input type="checkbox"/> Provtagning <input type="checkbox"/> Läkemedelsadministrering <input type="checkbox"/> Annan åtgärd _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelser: <input type="checkbox"/> Logistik <input type="checkbox"/> Barnet/familjen <input type="checkbox"/> Personal _____ _____

Neonatalt hemsjukvårdsprotokoll

Digitalt vårdmöte	
Nr: ____. Datum: _____. Start kl: _____. Avslutad kl: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Annat _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelse: _____
Nr: ____. Datum: _____. Start kl: _____. Avslutad kl: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Annat _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelse: _____
Nr: ____. Datum: _____. Start kl: _____. Avslutad kl: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Annat _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelse: _____
Nr: ____. Datum: _____. Start kl: _____. Avslutad kl: _____.	<input type="checkbox"/> Amningssamtal <input type="checkbox"/> Stödsamtal <input type="checkbox"/> Annat _____ <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Annan resurs _____. Avvikelse: _____

Undersökning	Datum	Datum	Datum
Ultraljud hjärta			
Ögonundersökning			
Öronundersökning			
Ortopedkonsult			
Läkarbesök/konslut			
Annat			