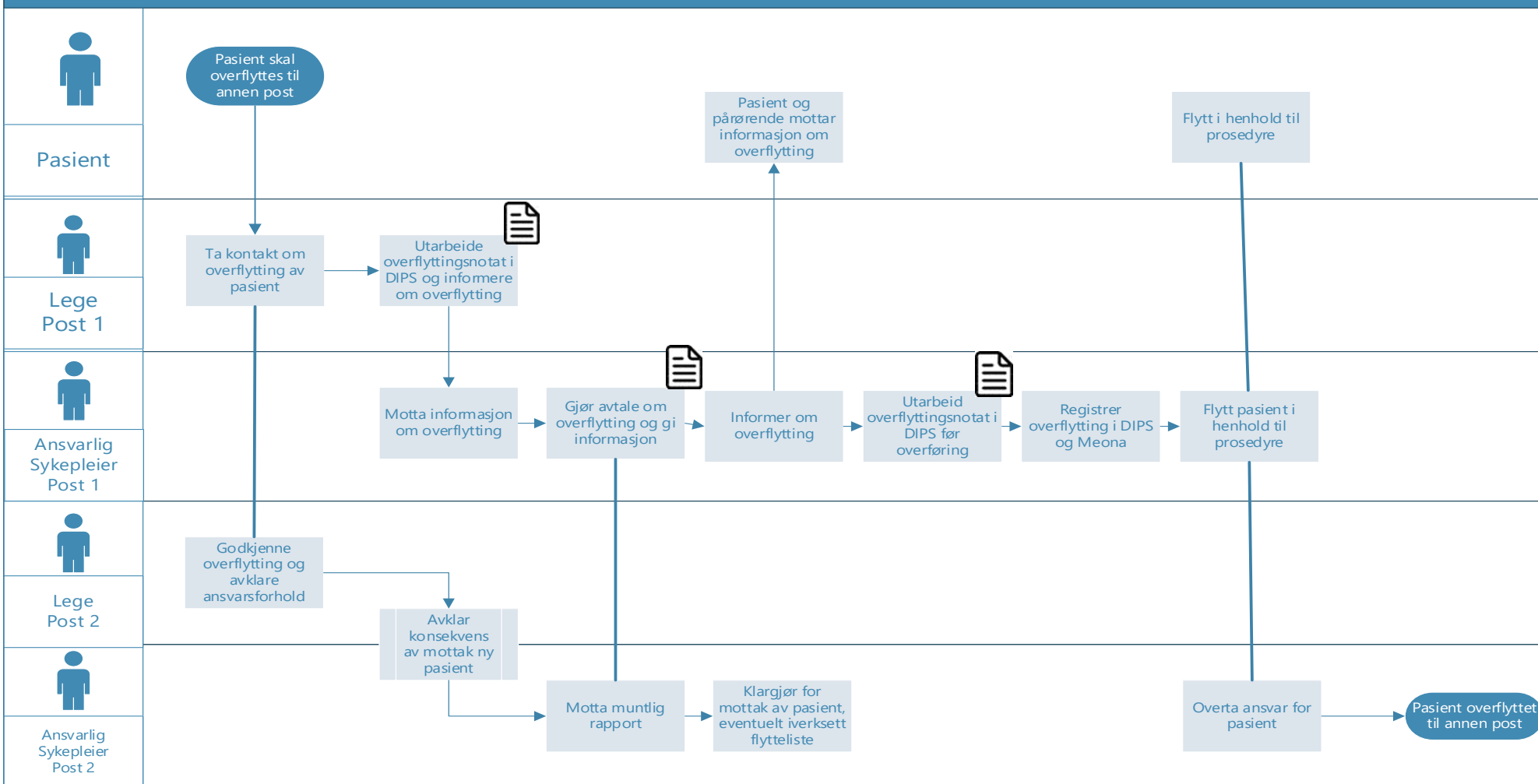



Kategori: Pasientbehandling/Pasientforløp og pakkeforløp	Gyldig fra/til: 03.04.2024/03.04.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Samhandling	Versjon: 2.03
Godkjenner: Clara Gram Gjesdal	Prosess
Dok. ansvarlig: Arbeidsgruppe	Dok.id: D61373

Trygg overflytting av pasient



 HELSE BERGEN <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	Trygg overflytting av pasient	
Kategori: Pasientbehandling/Pasientforløp og pakkeforløp	Gyldig fra/til: 03.04.2024/03.04.2025	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Samhandling	Versjon: 2.03	
Godkjenner: Clara Gram Gjesdal	Prosess	
Dok. ansvarlig: Arbeidsgruppe	Dok.id: D61373	

1 Lege post 1: overflyttingsnotat

Navn på godkjennende lege og at overflyttingen er godkjent

Hoveddiagnose: [...]

Bidiagnose: [...]

- Kort om årsak til overflytting
- Gjennomført utredning og pågående behandling (legemiddelliste i Meona)
- Plan for videre medisinsk utredning og behandling
- Beskrivelse av særlige pleie- og observasjonsbehov
- Supplerende medisinske opplysninger
- Eventuelle oppfølgingspunkt – momenter til endelig epikrise

2 Kommunikasjon mellom ansvarlige sykepleiere ved overflytting av pasient

En rapport skal være utformet med informasjon som gir god oversikt over pasientens tilstand

Muntlig kommunikasjon mellom meldepunkt/ansvarlig sykepleier fra moderpost til meldepunkt/ansvarlig sykepleier ny post må inneholde:

- Navn og personnummer på pasient
- Hoveddiagnose og andre relevante diagnoser (diabetes, KOLS, hjertesvikt, rus, psykiatri)
- Informasjon om isolasjon eller pågående cellegift behandling
- Funksjonsnivå (overvekt, uro/delir, fastvakt, hjelp i stell, hjelpemidler, døv/blind, tolk)

3 Sykepleierdokumentasjon ved overflytting av pasienter mellom sengeposter

Innholdet i rapporten skal være utformet med informasjon som gir et fullstendig bilde av pasienten.

Ved overflytting av pasient må det være muntlig og skriftlig rapport mellom sykepleierne; ta utgangspunkt i overflyttingsnotatet i Dips. Følgende opplysninger må være med:

- Navn og personnummer på pasient
- Innleggelsesdiagnose og andre relevante diagnoser (diabetes, KOLS, hjertesvikt, rus mm.)
- Informasjon om isolasjon eller pågående cellegiftbehandling

- Funksjonsnivå (overvekt, uro/delir, fastvakt, hjelp i stell, hjelpemidler, døv/blind, tolk)
- Allergier
- Planlagte undersøkelser/videre oppfølging
- PLO-situasjon – plan videre
- Spesielle hensyn – barn som pårørende, begrensinger for kontaktinfo til familie
- Spesielle medikamenter (Marevan mm)

4 Forankring

- Sykepleierfaglig råd
- Møte med meldepunkter og plasseringskoordinatorer

5 Referanser

Interne referanser

Eksterne referanser