



Askøykommune



Fjell kommune



Sund kommune



Øygarden kommune



Helse Bergen

## Intermediær avdeling Fjell

## Søknad om opphald på Intermediær avdeling

Tlf: 55 09 74 39

Etternamn:	<input type="text"/>	F.nr. 11 siffer:	<input type="text"/>
Fornamn:	<input type="text"/>	Butilhøve:	<input type="radio"/> Gift <input type="radio"/> Sambuar <input type="radio"/> Bur åleine
Gateadr.:	<input type="text"/>	Pårørande:	<input type="text"/>
Postnr.:	<input type="text"/>	Poststad:	<input type="text"/>
		Fastlege:	<input type="text"/>

Pasienten ligg på:  Nevrologisk avd.  Ortopedisk avd.  Anna avd.:

Dato innlagt på sjukehus:	<input type="text"/>	Dato for melding:	<input type="text"/>	Ønska overføring:	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------	-------------------	----------------------	-------------------	----------------------

Hovuddiagnose:	<input type="text"/>	Meld av sjukepleiar + tel.nr.:	<input type="text"/>
----------------	----------------------	--------------------------------	----------------------

Bidiagnosar/ andre tilstandar:	<input type="text"/>	Kognitiv funksjon:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gløymisk <input type="checkbox"/> Forvirra/desorientert <input type="checkbox"/> Demens
--------------------------------	----------------------	--------------------	---

Hjelpemiddelbehov:	<input type="text"/>	Fysisk funksjonsnivå:	<input type="checkbox"/> Oppegående <input type="checkbox"/> Oppegående m/ hjelpemiddel <input type="checkbox"/> Treng personstøtte <input type="checkbox"/> Sengeliggjande
--------------------	----------------------	-----------------------	--

Føremål med opphald:	<input type="text"/>	Hjelpetiltak heime:	<input type="checkbox"/> Heimesjukepleie <input type="checkbox"/> Heimehjelp <input type="checkbox"/> Anna
----------------------	----------------------	---------------------	--

## Sjekkliste i høve til kriterium:

- Vere busett i Askøy/Fjell/Sund/Øygarden
- Vere innlagt på sjukehus frå heimen
- Ha ei forventad kort liggjetid
- Kan venteleg utskrivast til heimen
- Er hemodynamisk stabil ved overføring
- Samtykkjer til overføring
- Pasienten skal ikkje være langtkomen dement
- Pasienten skal ikkje ha alvorleg psykisk lidning eller rusproblematikk

Kommentarar/ tilleggsopplysningar:	<input type="text"/>	Ernæring:	<input type="checkbox"/> Full kost <input type="checkbox"/> Spesial kost
------------------------------------	----------------------	-----------	---

Behov for spesielle medikament:

Behov for spesielt utstyr:

Pasienten får plass:  Ja  Nei Pasienten er tildelt plass frå dato:

**Kva pasientar tilbodet gjeld:**

Pasienter fra følgende avdelingar på **Haukeland sjukehus, Voss sjukehus** og **Kysthospitalet i Hagavik**, der eit opphold på intermediær avdeling er hensiktsmessig som erstatning for delar av sjukehusopphold: **Ortopedisk avdeling, neurologisk** og **nevrokirurgisk avdeling, kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, hjerteavdeling, lungeavdeling**. Pasienter fra **observasjonsposten** kan også overføres.

**Trengs fleire dialogar mellom samarbeidspartnarane, kan eventuelle avtalar noterast her.**

Dato:	<input type="text"/>	Signatur:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-----------	----------------------

Kommentar 1:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Dato:	<input type="text"/>	Signatur:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-----------	----------------------

Kommentar 2:	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Dato:	<input type="text"/>	Signatur:	<input type="text"/>
-------	----------------------	-----------	----------------------

Kommentar 3:	<input type="text"/>
--------------	----------------------