**Kontinuerlig bedömning i livet slut**

Datum……………….. Personnummer………………………………………….

Patientens namn……………………………………………………………………..

Val av bedömningsinstrument: Abbey Pain Scale VAS

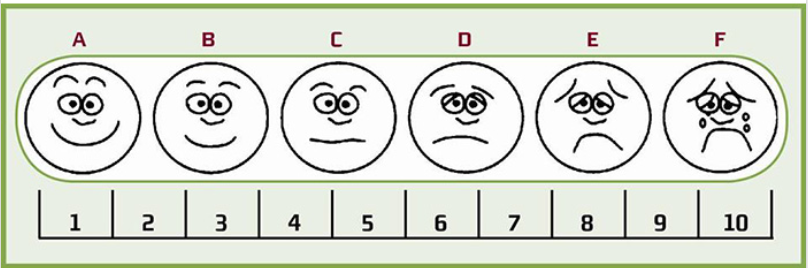
**Bedömningsinstrumentens skattning (siffra) noteras i avsedd ruta.**

**Om bedömningsinstrument inte används noteras: P = problem Ua = utan anmärkning**

**Akutnummer** till samordnare: 0761282168 Telenr ansvarig **SSK:**……………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bedömning av symtom och status**  **var 4:e timma eller oftare** | **Datum** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tid** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Smärta VAS/APS *lägesändring, värme kyla, kudde* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oro/Ångest *närvaro, beröring* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Förvirring | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Andnöd/Rosslig andning *höjd huvudända, luftström* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Illamående/Kräkning *vändning, skarpa dofter, vädra* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Munhälsa/munvård *isbitar, saliversättning* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Urinfunktion | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vid problem kontakta SSK | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Annat: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bedömning symtom och status**  **var 12:e timma eller oftare** | **Datum** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tid** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hud/Ögon *ögonvård, hudvård* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tarmfunktion | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rörlighet/ADL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kommunikation *tolk* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lägesändring | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Närståendes behov *samtal, avlastning* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Annat: | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VAS**



**ABBEY PAIN SCALE**

