

ISBAR Kommunikationsverktyg	
<b>I IDENTIFIKATION</b>	Uppge ditt namn och din funktion. Uppge patient/person; namn, personnummer och var du befinner dig.
<b>S SITUATION Anledning till samtalet</b>	"Jag ringer för att... (beskriv problemet)"
<b>B BAKGRUND Kort relevant sjukhistoria</b>	Pågående hälsoproblem. Pågående vård- och omsorgsplan. Aktuella problem och behandling. Aktuell läkemedelslista, ADL, allergi/smittorisk
<b>A AKTUELLT STATUS/ANALYS vad tror du själv problemet är?</b>	Bedöm och rapportera allmäntillstånd. Temp, puls, blodtryck, andningsfrekvens, saturation. Medvetandegrad samt ev P-glukos Vid buksmärta: uteslut urinretention/förstoppning. Vid fall/skelettskada: Felställning, smärta vid förflyttning.
<b>R REKOMMENDATION</b>	Jag rekommenderar att beslutsstödet utfall följs/inte följs Jag vill ha hjälp med bedömning/behandling/ordination/hembesök Avsluta med att bekräfta åtgärden. Finns det fler frågor? Är vi överens?

**RLS-skalan**

1. Fullt vaken
2. Slö eller oklar
3. Mkt slö eller oklar

**Kontaktbar**

---

**Ej kontaktbar**

4. Lokaliserar
5. Undandragande
6. Böjrörelse
7. Sträckrörelse
8. Ingen reaktion

**Anteckningar**


Ansvarig sjuksköterska

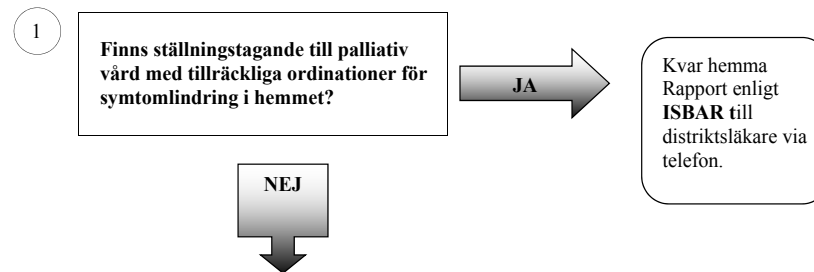
Namn: \_\_\_\_\_

Telefonnummer dagtid/ Jourtid: \_\_\_\_\_

Datum och tid: \_\_\_\_\_

Patient ID Namn: _____ Person nr: _____
---

**Checklista beslutsstöd**



2

Kontrollera samtliga vitalparametrar	Värde	JA	NEJ
Är vitalparametrar inom?			
A Fri luftväg? Pratar patienten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Andningsfrekvens mellan 8-25/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Saturation över eller lika med 92 % Känd KOL saturation över eller lika med 88%		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Hjärtfrekvens mellan 50-100 s/min		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Systoliskt Bltr över eller lika med 100 mmHg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Medvetandegrad är RLS 1 Ev kontroll av pupillstorlek/P-glukos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Temp 36-38,5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↓ ↓

3

**Bedömt tillstånd enligt sjuksköterskan, finns exklusionssymtom?**  
(sätt kryss i aktuell ruta)

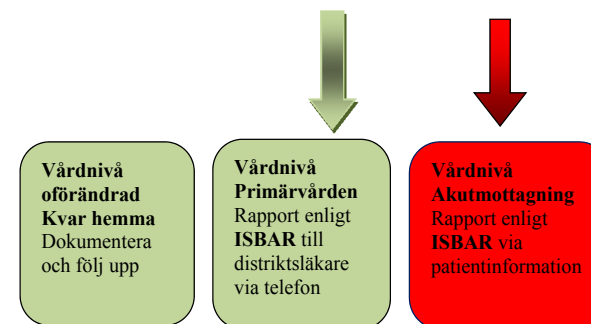
Urin/KAD besvär	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Totalstopp KAD <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Makroskopisk hematuri
Yrsel	<input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Anamnes på syncope <input type="checkbox"/> Illamående och kräkningar <input type="checkbox"/> Ensidig kraftnedsättning <input type="checkbox"/> Bortfallssymtom <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Akut debut
Andningsbesvär	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Centrala bröstsmärtor <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> <b>Känd KOL Saturation under 88 %</b>
Bröstsmärta	<input type="checkbox"/> Nyttillkommen bröstsmärta med vegetativa symtom <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Bröst smärta som kommer i vila <input type="checkbox"/> Buksmärta
Diabetiker	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Djupandning <input type="checkbox"/> Acetondoft <input type="checkbox"/> Lågt blodsocker hos Tablettbehandlad diabetiker
Feber	<input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Episoder med frossa <input type="checkbox"/> Infektionstecken och svår smärta
Påverkat allmäntillstånd	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall <input type="checkbox"/> Buksmärta <input type="checkbox"/> Central bröstsmärta <input type="checkbox"/> Nyttillkommen rygg/extremitetssmärta
Ryggsmärta	<input type="checkbox"/> Neurologiska bortfall och med icke intakt motorik och sensorisk <input type="checkbox"/> Akut debut med svår smärta och allmänpåverkan

2

4

**Minst en RÖD → Akutmottagning**

<b>Ligger vitalparametrar inom referensvärden?</b> Sid 1	<b>JA</b> <input type="checkbox"/>	<b>NEJ</b> <input type="checkbox"/>
<b>Finns exklusionssymtom enligt bedömt tillstånd?</b> Sid 2	<b>NEJ</b> <input type="checkbox"/>	<b>JA</b> <input type="checkbox"/>
<b>Trots utfall Grön (primärvård) bedömer jag som sjuksköterska att uppenbart behov av sjukhusvård föreligger.</b>	<b>NEJ</b> <input type="checkbox"/>	<b>JA</b> <input type="checkbox"/>
<b>I denna bedömning kan patientens ålder vägas in.</b>		
<b>Trots utfall Röd (akutmottagning) bedömer jag som sjuksköterska att patienten bör vårdas enligt vårdnivå Grön (primärvård)</b>	<b>JA</b> <input type="checkbox"/>	<b>NEJ</b> <input type="checkbox"/>



5

**Finns särskilda läkemedel att ta hänsyn till?  
Waran? Immunosupprimerande läkemedel ?**

JA  NEJ

3