

## Tidlig forløbsplan/tidlig varslng

Navn/betegnelse for standarden:

Kært barn har mange navne, der er en åben diskussion i den nationale arbejdsgruppe omkring hvilken betegnelse denne MedCom standard skal have. En region har fuldstændig droppet begrebet varslng og fokuser udelukkende forløb, mens andre regioner påpeger at funktionaliteten i standarden er at varsle om ændringer, det har ikke været muligt at finde en god dækkende betegnelse – forslag er velkomne. MedCom er åben for nye forslag, MedCom er betænkelig ved at anvende betegnelsen ”forløb”, da der de kommende år arbejdes med forløb og forløbsplaner i flere kontekster (pleje forløb, kroniker forløb, behandlingsforløb m.m.) og det er vanskeligt at forudsige om tidlig forløbsplan kan anvendes indenfor alle forløb og hvis dette ikke er tilfældet, så signaler betegnelsen ”tidlig forløbsplan” intet om at denne meddelelse er en del af et plejeforløb.

### Formål:

- At give orientering om forventet status ved udskrivning
- At oplyse om der er ændringer
- Kommunerne har mulighed for at forberede hjemtagelse, forstået således om kommunen skal foretage en aktion eller ej
- Udskrivningsdato skal så tæt på færdigbehandlingsdatoen som muligt, understøtte sundhedsaftaler

### Bemærkninger:

- De meddelelser/standarder som anvendes under et indlæggelsesforløb skal knyttes sammen som sammenhængende meddelelser i et forløb, dette gælder specielt de 2 standarder ”tidlig forløbsplan” og udskrivningsrapport, da data i disse meddelelser er gennemgående og bør kunne opdateres dynamisk. Standarden ”melding om færdigbehandling” er et simpelt sup set af standarden ”tidlig forløbsplan”
- Udskrivning starter ved indlæggelsen, meddelelsen skal kunne opdateres/ændres og sendes flere gange
- Ved afdelingsskift: man skal kunne skrive videre i eksisterende dokument på ny afdeling
- Ny borger/klient i EOJ-systemet – skal også kunne håndteres

Felter markeret med <sup>M</sup> er obligatoriske/ mandatory/ required : bemærk at patientens cpr nr. ikke er markeret med <sup>M</sup>, da cpr. nr. kan være et erstatnings cpr.nr. Afsender og modtager styres ved hjælp af lokationsnumrene, adresse m.m. sættes på ved modtagelse

<b>Sygehus</b> X-købing Sygehus Sygehusgade 99 9999 X-købing	<b>Afdeling</b> Medicinsk afd. (999999) Tlf. 99 99 99 90 lokal 99	<b>Afsnit</b> M1	<b>stamdata skal være ens</b>
<b>Kommune</b> X-købing (999)	<b>Distrikt</b> Indre by	<b>Adresse</b> Hjemmeplejevej 3, 9999 X-købing	<b>Tlf.</b> 9999 9999
<b>Patientens cpr.nummer</b> 2203080513	<b>Fornavn</b> Anders	<b>Efternavn</b> <sup>M</sup> Petersen	
<b>Adresse</b> Borgergade 7 9999 X-Købing			
<b>Patientens telefon nummer</b>			
<b>Pårørende</b> Irene Petersen Borgergade 7 9999 X-købing Tlf : 99 99 99 02 / Mobil tlf: 4036 999			<b>Relation</b> Ægtefælle/partner
Pårørende informeret om indlæggelsen: ja nej			
<b>Bemærkning:</b> lille fritekstfelt (300 karakter ) Fætter Guf oplyst om den akutte indlæggelse, fætteren tager sig af hjemmet og hunden under indlæggelsen			
<b>Pårørende</b> Irene Petersen Borgergade 7 9999 X-købing Tlf : 99 99 99 02 / Mobil tlf: 4036 999			<b>Relation</b> Ægtefælle/partner
Pårørende: lille fritekstfelt (70 karakter )			
Pårørende informeret om indlæggelsen: ja nej			
<b>Bemærkning:</b> lille fritekstfelt (300 karakter )			
<b>Kontakt til sygehus</b> Afdeling tlf. 9999 9990 lokal 90 (hverdage kl. 8-16)			
<b>Dato for indlæggelse</b> <sup>M</sup> : 3. december 2008			
<b>Forventet færdigbehandlingsdato</b> <sup>M</sup> : 9. december 2008			
<b>Aftalt udskrivelsesdato</b> : 9. december 2008 (udfyldes kun hvis datoen afviger fra færdigbehandlingsdato)			
<b>Indlæggelsesårsag</b> (fritekstfelt) <sup>M</sup>			
<b>Smittorisiko</b> bemærkningsfelt fritekst			

## Forventet indlæggelsesforløb

Eksempelvis Plan for behandling / Udredning, Mobilisering under indlæggelsen, evt. diagnoser  
(1 side)herunder specielle forløb (palliative teams, kræft forløb m.m.)

### Yderligere koordinering

Boligændringer forventes

Hjælpe midler skal aftales

Behov for genoptræning

Behov for hjemmesygepleje

Behov for hjælp til medicinadministration

Behov for hjælp til medicinindtagelse

Behov for udskrivningskonference

Aftalt udskrivningskonference .....dato

### Forventet funktionsevne ved udskrivelsen

Hvis udfyldt i indlæggelsesrapport skal score og

bemærkninger overføres

Angiv begrænsninger i funktionsevne samt evt. bemærkning

(Skal være forud fyldt med 9 i alle felter (mandatory), skal være opdelt i felter)

9. ikke vurderet 0. Ingen / ubetydelige 1. Lette 2. Moderate 3. Svære 4. Totale

### Funktioner

score score Beskrivelse

Indl. Udskr.

1) Personlig hygiejne	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
a) bade	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
b) vaske sig	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
2) Af og påklædning	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
3) Toiletbesøg	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
4) Mobilitet inde	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
a) flytte sig	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
b) færdes i egen bolig	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
5) Spisning	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
a) drikke	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
b) lav mad	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
6) Psykisk tilstand – hukommelse	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
7) Akut/kronisk sygdom/handicaps	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....
a) klare hverdag	9 <sup>M</sup>	9 <sup>M</sup>	.....

### Dato og ansvarlig

6. september 2001

Titel<sup>M</sup> Sørine<sup>M</sup> Svendsen<sup>M</sup>