Mitt sykehuspass

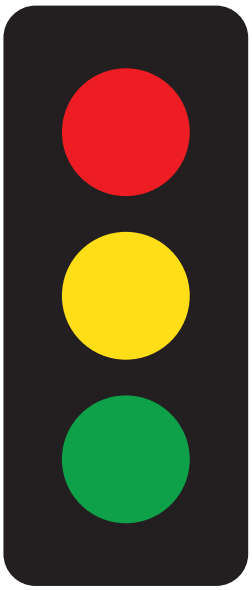
Viktig informasjon om meg

Navn: _____

Aldring og helse
Nasjonalt senter

Til dere som skal behandle meg

En kopi av sykehuspasset kan legges ved sykehusets papirer.



Dette må dere vite om meg

Dette er viktig for meg

Hva jeg liker og ikke liker

Dette heftet skal ligge på nattbordet mitt.

DETTE MÅ DERE VITE OM MEG

Navn: _____

_____

Når jeg er født: _____

_____

Adresse: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Telefon: _____

_____

Hvordan jeg kommuniserer (for eksempel: bruker tegnspråk, verbalt språk, kommunikasjonshjelpemidler):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Syn og hørsel: _____

_____

_____

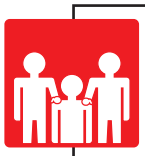
_____

_____

_____

_____

Navn: Dato:



Nærmeste pårørende: _____
Adresse: _____
_____
Telefon: _____

Verge: _____
Adresse: _____
_____
Telefon: _____

Religion: _____

Spesielle behov: _____
_____

Fastlegen min: _____
Legesenter/adresse: _____
_____
_____
Telefon: _____

Andre personer / tjenester som hjelper meg: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Hvorfor jeg er innlagt på sykehus: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Navn: Dato:

Faste medisiner:

Medisin ved behov (obs! instruks ved akuttmedisin):

Hvordan jeg tar medisin (for eksempel: hele tabletter, knuste tabletter, injeksjoner, flytende):

Medisinske prosedyrer som skal utføres (for eksempel: hvordan ta blodprøver, hvordan gi meg injeksjoner, hvordan måle blodtrykk):

Navn: Dato:

Allergier: _____

Tannstatus og spesielle forhold i munnen min: _____

Fare for å sette ting i halsen (for eksempel: spise, drikke og svelgproblemer): _____

Hva kan du gjøre hvis jeg er engstelig eller sint: _____

Hvordan du kan se om/at jeg har vondt: _____

Navn: Dato:

DETTE ER VIKTIG FOR MEG

Hjelpemidler ved forflytning (for eksempel: rullestol, rulator):

Personlig hygiene (for eksempel: hva jeg trenger hjelp til, og hvordan jeg liker at du hjelper meg):

Hvordan jeg spiser (for eksempel: oppskåret mat, most mat, hva jeg trenger hjelp til):

Navn: Dato:

Hvordan jeg drikker (for eksempel: må drikke små mengder, må drikke ting som er gjort fyldigere): _____

Hvordan jeg bruker toalettet (for eksempel: hjelpemidler ved inkontinens, hjelp til å gå på toalettet): _____

Søvn (for eksempel: søvnmønster og rutiner, hva jeg gjør for å få sove, ønsker om puter, liggestilling, åpent vindu, med lys på):

Navn: Dato:

HVA JEG LIKER OG IKKE LIKER

Liker (for eksempel: hva gjør meg glad, ting jeg liker å gjøre som å se på TV, lese, høre på musikk, eller andre hobbyer):

Liker ikke (for eksempel: ikke hev stemmen til meg, mat jeg ikke liker, fysisk kontakt):

Navn: Dato:

ANDRE OPPLYSNINGER

Navn: Dato:

ORGANISASJONER OG WEBSIDER SOM GIR INFORMASJON OM UTVIKLINGSHEMMING

Nasjonalt senter for aldring og helse
www.aldringoghelse.no

NAKU
www.naku.no

Stiftelsen SOR
www.samordningsradet.no

Oslo Universistetssykehus
Senter for sjeldne diagnoser
www.oslo-universitetssykehus.no

Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser
www.frambu.no

NFU
www.nfunorge.org

LUPE
www.lupeorg.no

Autismeforeningen i Norge
www.autismeforeningen.no

Mitt sykehuspass

Mitt sykehuspass kan lastes ned eller bestilles fra www.aldringoghelse.no.

Ideen til Mitt sykehuspass er hentet fra England. Vi har fått tillatelse til å bearbeide passet til norske forhold. Takk til Jim Blair, Consultant Nurse Learning Disabilities St.George's Healthcare NHS Trust, som har utviklet den engelske utgaven etter orginal fra Gloucester Partnership NHS Trust. Vi vil også takke Trude Stenhammer Wyatt for oversettelse og Jørund Eek for redesign av Mitt sykehuspass.

Aldring og helse
Nasjonalt senter

Postboks 2136, 3103 Tønsberg
Tlf: 33 34 19 50,
E-post: post@aldringoghelse.no

NHS
England

ISBN 978-82-8061-161-1