Bakgrundinformation DD/MM/YYYY

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: |  |
| Personnummer: | ÅÅMMDD-XXXX |
| Email: |  |
| Telefon: |  |
| Diagnos (om den finns): |  |
| Diagnos (hypotes): |  |
| Tidigare förslag på diagnos: |  |

Fakta om min diagnos

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosnamn: |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

Mina viktigaste symptom

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosnamn: |  |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

Hur ser det ut idag

Mina viktigaste Läkemedel idag

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Läkemedel namn | Vem skrev ut det | Varför jag tar det |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Andra behandlingar idag

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Användning/Terapi | Ansvarig kontakt | Hur ofta, hur länge hur följs det upp |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Mitt vårdteam idag

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vårdtitel | Namn och adress | Vad gör vi, varför, hur ofta ses vi |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Min vårdplan

Vårdplanen ska göras tilsammans med ansvarig vårdpersonal och dig som har en sällsynt diagnos så att du ska ha insyn i vad som händer under utredning och behandling så att du har inflytande över det som är viktigt för dig. Planen ska uppdateras när vård och behandling ändras på ett sätt som har betydelse för dig.

*Min vårdplan* ska innehålla:

* Kontaktuppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer.
* Ditt utgångsläge och dina önskemål
* Tider för undersökningar och behandlingar samt beskrivning av tidsförloppet när olika åtgärder ska ske.
* Stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering.
* Svar på praktiska frågor och vad du kan göra själv.
* En sammanfattning av din vård, som du får med dig efter avslutad kontakt. Sammanfattningen ska innehålla uppgifter om vad du varit med om, vad som är viktigt att tänka på och vart du vänder dig vid behov.

Ansvariga för vårdplanen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ansvarig för vårdplanen | Så nås jag enklast | Kontaktinformation detaljerad |
| t.ex. läkare |  |  |
| t.ex. kontaktsjuksköterska |  |  |
| t.ex. kurator |  |  |
| annan |  |  |

Hur mår jag idag? Egen bedömning av måendet

Nulägesbeskrivning: detta behöver göras av mig eller en närstående

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uppgift | Gör jag | Får hjälp | Behöver hjälp |
| Vårdkontakter: Håller koll på vem gör vad |  |  |  |
| Möten: Bokar och hålla koll på tiderna |  |  |  |
| Remisser: Fixar remisser till läkare jag behöver träffa |  |  |  |
| Mediciner: håller koll på mina mediciner och recept |  |  |  |
| Hjälpmedel: Vilka finns, vilka behöver jag, hur får jag dem |  |  |  |
| Intyg: Vilka behövs och hur får jag dem |  |  |  |
| Läkarmöten: vilka behöver jag träffa |  |  |  |
| Annat |  |  |  |

Faktorer som påverkar hur jag mår just nu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fungerar: | Bra | Ej bra | Vet ej |
| Min vardag |  |  |  |
| Relationer (familj, vänner) |  |  |  |
| Minderåriga barn |  |  |  |
| Arbete/studier |  |  |  |
| Ekonomi |  |  |  |
| Mina intressen |  |  |  |
| Motion/fysisk aktivitet |  |  |  |
| Matvanor |  |  |  |
| Vikt |  |  |  |
| Alkohol / tobak |  |  |  |
| Egenvård |  |  |  |
| Munhälsa |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fungerar: | Bra | Ej bra | Vet ej |
| Smärta |  |  |  |
| Trötthet |  |  |  |
| Sömn |  |  |  |
| Rädsla |  |  |  |
| Oro |  |  |  |
| Mentalt välbefinnande |  |  |  |
| Sexliv |  |  |  |
| Existentiella frågor |  |  |  |
| Annat |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Personlig funktionsnivå

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gör själv | Har hjälp | Behöver hjälp |
| Bad / dusch |  |  |  |
| På / avklädning |  |  |  |
| Toalettbesök |  |  |  |
| In / ur sängen |  |  |  |
| Lagar mat själv |  |  |  |
| Dukar fram mat själv |  |  |  |
| Går trappor |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Gör själv | Har hjälp | Behöver hjälp |
| Gånghjälp |  |  |  |
| Hörselhjälp |  |  |  |
| Synhjälp |  |  |  |
| Annat: |  |  |  |
| Behov av rehab |  |  |  |
| Hemsjukvård |  |  |  |
| Trygghetslarm |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |

Mina behov och önskemål om information

Följande personer får ta del av information om mig

Detta är viktigast för mig: mål med min behandling

Det kan jag göra själv för att nå mina mål

Detta stöd önskar jag mig, av vem eller varifrån?

Annat jag vill diskutera

Undersökningar som planeras under utredningen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Tidpunkt | Undersökning | Ansvarig läkare/vårdinstans |
|  | YY MM DD |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Tidsplan (Ange datum och nr, se ovan)

Praktiska frågor

Min vårdhistoria

Mina första symptom

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Vad hände? | Vem var jag i kontakt med |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Alla mina undersökningar (kronologiskt)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Vad hände? | Vem var jag i kontakt med |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Alla mina behandlingar (kronologiskt)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Vad hände? | Vem var jag i kontakt med |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Sammanfattning – de viktigaste fynd

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Undersökning/Behandling | Vilket resultat gav det | Hur följs det upp |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Specialister jag har varit i kontakt med

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Namn och adress | Vad var frågan | Vad var resultatet |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Litteratur om min diagnos (diagnosföreningar, vetenskapliga artiklar)

|  |  |
| --- | --- |
| Vad handlar det om | Var hittade jag det |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |