

Studentens navn:

Dato:

AGS kurs:

## Kartlegging og vurdering av helsetilstand ved AGS

1. Demografiske data:	Navn, alder, kjønn, kilde(pasient/pårørende)
2. Kontaktårsak/hovedproblem:	Pasientens egenformulering av helseproblem. En setning. Alternativt årsak til AGS vurdering; Henvist fra hjemmetjenesten, oppfølgingstilsyn osv.
3. Aktuelt:	Symptombeskrivelse av aktuelle helseproblem og hvordan pasienten håndterer egen helse: (OLDCART) debut, lokalisasjon, varighet, kjennetegn, lidende og forverrende faktorer, utstråling, behandling, alvorlighetsgrad
4. Sykehistorie:	Tidligere sykehistorie, dato for diagnoser/operasjoner.
5. Allergier:	Matallergi, pollenallergier, medisinalallergier Beskriv reaksjon.
6. Vaksiner:	Influenza og andre relevante. Dato for siste vaksine.
7. Laboratoriesvar/ røntgenundersøkelser	F.eks CRP, urinprøver, kontroll rtg av lunger
8. Sykehusinnleggelse siste 6 mnd:	Årsak, varighet
9. Medikamenter:	Dosering, administrering, indikasjon Kartlegg bruk av reseptfrie legemidler
10. Sosialt:	
a. Sosialt nettverk	Sivilstatus, sosial kontakt med familie/venner, praktisk hjelp av familie/venner
b. Bosituasjon	Hus/leilighet, tilrettelagt hjemme- heis, trapper etc, følger pasienten seg trygg hjemme
c. Stimulantia	Nikotin, aktuell bruk /tidligere bruk Alkohol, antall enheter pr dag/uke Andre rusmidler
d. Kognisjon/mental helse	Pasientens opplysninger Kompantopplysninger Screene for kognitiv svikt/depresjon
e. Søvn	Antall timer Innsøvningsvansker Nattlige oppvåkninger
f. Eliminasjon	Kartlegg vannlatings og avføringsmønster
g. Fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet, regelmessighet, begrensninger Ganghjelpemidler Vurdere fallrisiko med kartleggingsinstrument
h. Mottak av helse og omsorgstjenester	Hjemmesykepleie, praktisk bistand, dagsenter, seniorsenter, kommunale tannhelsetjenester
i. Eksisterende tverrfaglig samarbeid	Fastlege, legespesialister/sykepleiespesialiser, fysioterapeut, ergoterapeut.
j. Familie/hereditet	Alder for debut sykdom/død hos familie der det er av relevans
11. Ernæringstilstand:	Matlyst Ufrivillig vekttap Måltidsfrekvens Innkjøp ADL vurdering matlaging/spising Munn og svelgeproblematikk Kartlegge ernæringsrisiko med kartleggings skjema

Studentens navn:

Dato:

AGS kurs:

## 12. Symptomkartlegging:

a. Generelt	Tretthet/utmattelse	Svette
	Vektendring	Depresjon
	Appetittendring	Angst
	Søvnproblemer	Forvirring
	Kroniske smerter	Tristhet
b. Hode, ansikt, hals	Feber	Vesentlige hendelser i livet
	Hodepine	Rennende nese
	Kuler eller utvekster	Tett nese
	Hørselstap	Endringer i luktesansen
	Øresmerter	Tannverk
	Ørevoks	Bruk av proteser
	Bruk av høreapparater	Munnsår
	Øresus	Blødende tannkjøtt
	Nedsatt syn	Sår hals
	Briller	Stemmeforandringer
	Tørre øyne/rennende øyne	Heshet
	Smerter bihulene	Svelgevansker
c. Lunger	Hoste	Brystsmerter
	Dyspne	Snorking
	Ekspektorat	Oppspytt av blod
d. Kardiovaskulært	Brystsmerter	Pustevansker i liggende stilling
	Dyspne	Ødemer i beina
	Synkope	Svimmelhet
	Hjertebank	Sår på beina
	Kortpustethet i aktivitet	Smerter i føtter ved gange
e. Mage/tarm	Forstoppelse	Sure oppstøt
	Diare	Blod/svart avføring
	Kvalme	Magesmerter
	Oppkast	
f. Nyre/urinveier	Trang til å late vannet raskt	Ufullstendig tømning
	Nattlig vannlating	Smerte med vannlating
	Vansker med å starte vannlatning	Urinlekkasje
	Inkontinens	Blodig urin
g. Muskel/skjelett	Leddsmert	Ustøhet
	Hevelse	Fallhistorikk
	Rødme	Nedsatt bevegelighet av kroppsdel
	Muskelsmerter	Smerter i føttene
h. Nevrologisk	Hodepine	Nedsatt førlighet
	Lammelse	Nedsatt gripestyrke
	Nummenhet	Synsforstyrrelser
	Svimmelhet	Endringer i språket (ordleting)
	Skjelving	
i. Hud	Tørr hud	Kløe
	Utslett	Kroniske sår
	Håravfall	Endrede eller nye hudskader

Studentens navn:

Dato:

AGS kurs:

## 13. Klinisk undersøkelse:

Alle undersøkelser dokumenteres. Også undersøkelser som ikke hadde positive funn, altså negative funn dokumenteres. I feltene under finner dere stikkord for undersøkelser som dere skal dokumentere på.

Dersom en undersøkelse ikke er utført skriver dere dette.

a. Generelt	Blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, temperatur, SaO <sub>2</sub> Høyde/vekt/KMI
b. Hode, ansikt, hals	Hode: Inspeksjon, palpasjon
	Ører: Inspeksjon med otoskop Hørselstest «gnidde fingre»
	Ansikt: Inspeksjon Sensasjonstest Bevegelsestest av ansiktsmuskulatur Bihule palpasjon
	Øyne: Inspeksjon av øyne (konjunktiva og sklera). Undersøkelse av øynenes bevegelsesmønster. Pupillerespons.
	Nese: Inspeksjon med otoskop. Undersøkelse av om nesegangen er åpen som inspirasjon.
	Munn: Tungebevegelser Inspeksjon av munnhule og tunge Inspeksjon av tanngården
	Hals: Inspeksjon av trachea (midtstilt) Thyroidaepalpasjon Palpasjon av lymfeknuter Vurdere nakkestyrke (mot motstand)
c. Ryggstøyle (columna)	Inspeksjon og palpasjon av ryggstøyle
d. Lunger (thorax/pulm)	Inspeksjon av brystkasse og respirasjonsmønster Palpasjon av thorakal bevegelse og taktil fremitus. Pærkusjon av bakre lungefelt og identifisering av lungegrenser Auskultasjon av bakre lungefelt.
e. Kardiovaskulert (sirkulasjon/hjerte)	Inspeksjon hudfarge med tanke på sirkulasjon. Inspeksjon og palpasjon hender (temperatur, clubbing, kapillærfylling,) Inspeksjon og palpasjon underekstremitetene (ødem, farge, temperatur, sirkulasjonsvurdering) Auskultasjon av hjerte. Ortostatisk blodtrykk (OBS, husk dokumentasjon av puls)
f. Mage/tarm	Inspeksjon, auskultasjon og palpasjon
g. Muskel/skjelett	Pasientens gange til undersøkelse/under undersøkelse. Inspeksjon etter hevelser, deformasjoner, rødhet etc. Palpasjon. Dokumenter vedrørende kuler, smerter. Bevegelsesutslag; passiv og aktiv bevegelse. Begrensninger av smerter dokumenteres. Pasientens styrke dokumenteres. Husk sammenligning av sider.
h. Nevrologisk	Inspeksjon: Dokumenter lammelser, tale/språklige utfall. Skjelvinger, spastisitet Sensibilitet ansikt, føtter. Vurderinger av balanse dokumenteres: Gange med/uten hjelpemidler, Rombergs test, Gå/stå på tærne. Koordinasjon.
i. Hud	Farge, temperatur, tør/klam Sår, utslett

Studentens navn:

Dato:

AGS kurs:

14. Symptomliste:

Prioritert liste over symptomer relatert til diagnose(r)

Eksempel:

1. Ødemer relatert til venstresidig hjertesvikt
2. Smerter ved gange og sengeleie relatert til artrose i høyre hofta
3. Dyspne i hvile relatert til KOLS

15. AGS plan:

Planen struktureres etter symptomlisten.

**Pasientens målsetninger og resurser (indre/ytre) vektlegges i AGS planen.**

a. Differensialdiagnoser

Hvis mulig 3 stykker

b. Diagnostisk utredningsplan

Blodprøver, urinprøver diagnostiske bilder, ultralyd ol.

c. Medikamentell behandlingsplan

**Starte, fortsette eller stoppe medikamenter.**  
Vurder indikasjon, legemiddelrelaterte problemer. Bruk NORGEP, START/STOPP lister. Interaksjonsanalyse.

d. Ikke medikamentelle tiltak

Henvising til annet helsepersonell  
Sykepleietiltak

e. Pasientopplæring/pårørende dialog

Hvilken informasjon er gitt/planlegges å gi til pasient og pårørende.

f. Oppfølgingsplan

Plan for hvordan AGS og/eller annet helsepersonell skal følge opp pasientens problemer fremover.  
For eksempel: Vurdere effekten av ny smertelindring. Pasienten selv skal fylle ut kartleggings skjema xx 3 ganger daglig i 4 dager, AGS kommer på nytt tilsyn og vurdere videre smertebehandlingsregime. Dersom pasienten får sterke smerter som ikke kupperes av det oppsatte behandlingsregime i løpet av helgen kontaktes legevakt.