

# Individuell handlingsplan

För patienter med diabetes som vårdas i vårdboende eller inom hemsjukvård

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>PATIENTDATA</b><br>Personnr: .....<br>Namn: .....<br>Adress: .....<br>Telefon: .....   |  | <b>PAL</b> (Patientansvarig läkare)<br><br>Namn: .....<br>Las/VCT: .....<br>Telefon: .....  |  |
| Datum för upprättande: .....  |  | <b>DIABETESSKÖTERSKA</b><br>Namn: .....<br>Las/VCT: .....<br>Telefon: .....<br>Går hos diabetessköterska?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |  |
| <b>DIAGNOS</b><br>Typ 1 <input type="checkbox"/><br>Typ 2 <input type="checkbox"/><br>Okänd <input type="checkbox"/>  | <b>BEHANDLING</b><br>Kost <input type="checkbox"/><br>Tablett <input type="checkbox"/><br>Insulin <input type="checkbox"/><br><br>För övrigt se medicinlista | <b>PAS</b> (Patientansvarig sjuksköterska)<br>Namn: .....<br>Las/VCT: .....<br>Telefon: .....   |  |
| <b>ÖVRIGA DIAGNOSER</b><br>.....  |  | <b>KORTISONBEHANDLING</b><br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>   |  |
| <b>BEHANDLINGSMÅL</b><br>.....  |  |   |  |
| <b>BLODSOCKERLÄGE</b><br>HbA1c<br>Mål: HbA1c < ..... mmol/mol Kontrolleras ..... ggr/år   |  | <b>NUTRITION</b><br>Vikt/BMI<br>Nuläge: ..... kg BMI .....<br>Mål: ..... Vägs ..... ggr/.....<br>Speciella problem .....  |  |
| <b>BLODGLUKOS</b><br>Mål: .....<br>Kontrollera dygnskurva ..... ggr/.....<br><i>Exempel på dygnskurva: före frukost, före lunch, före middag samt före sänggående.</i><br>Kontrollera fastebloodsocker ..... ggr/.....<br>Rapporteras till: ..... |  | <b>AKTIVITET</b><br>Nuvarande aktivitet: .....<br>.....<br>Eventuella hjälpmedel: .....<br>.....<br>Mål: .....<br>.....   |  |
| Tänk på att kontrollera ketoner på patienter med typ 1-diabetes som mår dåligt. Risk för ketoacidosis!  |  |   |  |

# Individuell handlingsplan

För patienter med diabetes som vårdas i vårdboende eller inom hemsjukvård.

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>TÄNDER/MUNHÄLSA</b><br>Protes<br>Egna<br>Speciella problem: .....<br>.....<br>Åtgärder: .....<br>.....  | <b>ÖGON</b><br>Ingår i ögonfotoscreening:<br>Ja <input type="checkbox"/><br>Nej <input type="checkbox"/><br>Kommentar:<br>.....<br>.....  | <b>BLODFETTER</b><br>Nuvarande lipidstatus:<br>.....<br>.....<br>Ej aktuellt med beh eller kontroll <input type="checkbox"/><br>Mål: .....<br>Kontroll: ..... ggr/..... |
| <b>BLODTRYCK</b><br>Nuvarande blodtryck: ..... / ..... mmHg liggande<br>..... / ..... mmHg stående<br>Mål: ..... / ..... mmHg<br>Kontroll: ..... ggr/.....<br>Obs! ACE-hämmare och ARB ska sättas ut vid dehydrering till exempel magsjuka. <b>Risk för elektrolytrubbningar.</b><br>Kommentar:  | <b>NJURFUNKTION (GFR)</b><br>.....<br>.....<br>Vid nedsatt njurfunktion:<br>Om GFR<60 minskas metformin<br>Vid GFR<45 ska metformin sättas ut, se även över övriga läkemedel.   |   |
| <b>FÖTTER</b><br>Nuvarande fotstatus<br>Känsl: .....<br>Cirkulation: .....<br>Tryckpunkter/sår: .....<br>Andra problem: .....<br>.....<br>Åtgärder: .....<br>.....<br>Fotvård: ..... ggr/.....<br>Remiss till fotvårdare: Ja <input type="checkbox"/><br>Nej <input type="checkbox"/><br>Fotvårdare: .....<br>Remiss till fotmottagning: Ja <input type="checkbox"/><br>Nej <input type="checkbox"/> | <b>LÄKARBESÖK</b><br>Hur ofta? .....<br>Var? .....<br>Nästa besök? .....<br>Prover som ska tas innan besöket:<br>HbA1c <input type="checkbox"/> .....<br>Dygnskurva <input type="checkbox"/> .....<br>S-kreatinin <input type="checkbox"/> .....<br>Urinsticka <input type="checkbox"/> .....<br>Blodtryck <input type="checkbox"/> .....<br>Övriga prover: .....<br>.....<br>Mellanliggande prover: .....<br>..... |   |