**ALVAR ESITIETOLOMAKE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nimi (sukunimi ja etunimi) | | | | | Henkilötunnus |
| Osoite | | | Postinumero | | Puhelinnumero |
| Äidinkieli | | Ovisummeri/koodi | Syntymäpaikka | | Entinen ammatti |
| Asuminen: ☐Asuu yksin ☐Asuu toisen kanssa | | | Asuinkumppanin nimi ja suhde asiakkaaseen | | |
| Lähiomainen tai yhteyshenkilö (nimi ja osoite) | | | | | Puhelin |
| Henkilö, johon ollaan yhteydessä palvelusta sovittaessa/ kuvapuhelimen viennistä  ☐asiakas ☐lähiomainen tai yhteyshenkilö ☐muu, kuka? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Omaisen s.postiosoite omaislinkkiä varten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| ☐ kotihoito, ovph ☐ kotihoito, yksityinen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kotihoidon alue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Päivystys/puhelinnumero kotihoitoon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kotihoidon fyysiset käyntimäärät: ☐ ma \_\_\_/krt, ☐ ti \_\_\_/krt, ☐ ke \_\_\_/krt, ☐ to \_\_\_/krt, ☐ pe \_\_\_/krt,  ☐ La \_\_\_/krt ☐ su \_\_\_/krt  Tukipalvelut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Etälääkäri: ☐ kyllä ☐ ei  ☐ Päivätoiminta, missä/viikonpäivä ja aika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Säännöllinen intervalli käytössä, missä/jaksotus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Muut säännölliset menot: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐ Omaishoitaja nimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| SOITON TARKOITUS:(esim. Lääkehoidon ja ruokailun seuranta) |  | | | | |
| SOITTOTARVE:  (päivät ja ajankohdat esim. ma-pe 3 krt/vrk) myös tarkka kellonaika, jos tarve esim. lääkityksen vuoksi |  | | | | |
| LÄÄKEHOITO: | Valvottu lääkkeen anto: ☐ kyllä ☐ ei  Valvottu insuliini: ☐ kyllä ☐ ei  Evondos: ☐ kyllä ☐ ei  Lääkkeiden antoajat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| SAIRAUDET: | ☐ Verenpainetauti ☐ COPD ☐ Huimausta  ☐ MS-tauti ☐ ALS ☐ Diabetes ☐ Astma  ☐ Reuma ☐ Parkinson ☐ Sydämentahdistin  ☐ Sekavuutta ☐ Halvaus ☐ Krooninen VTI | | | | |
| MUUT SAIRAUDET: |  | | | | |
| PSYYKKINEN TILA | Muisti  ☐ hyvä ☐ heikentynyt ☐ muistamaton, MMSE pisteet \_\_\_ / 30  Henkinen tila  ☐ asiallinen ☐ alakuloinen ☐ yksinäinen ☐ masentunut  ☐ harhainen ☐ levoton ☐ päihdeongelmainen  ☐ muuta, mitä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| LIIKKUMISKYKY | ☐ hyvä ☐ rajoittunut, mutta liikkuu yksin ☐liikkuu avustettuna  ☐ pyörätuoli ☐ rollaattori ☐ muuta, mitä? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| KUULO, NÄKÖ JA  PUHEKYKY | ☐ hyvä kuulo ☐ alentunut kuulo ☐ kuulolaite ☐ kuuro  ☐hyvä näkö ☐alentunut näkö ☐sokea  ☐afasia (puheen tuottamisen/ymmärtämisen vaikeus) | | | | |
| LISÄTIEDOT: |  | | | | |
| Alvar täyttää: | | | | | |
| Hakemuksen täyttäjä: | | | | | |
| Yhteystiedot: | | | | Päivämäärä | |