



MINIMUM DATA SET (MDS) — KOTIHOITO
KOTIHOIDOSSA OLEVAN ASIAKKAAN ARVIOINTIA JA
HOIDON JA PALVELUN TARPEEN KARTOITUSTA VARTEN

Käyttöalue: kotisairaanhoido/kotipalvelu.
Arvioidaan 3 viimeksi kulunutta päivää ellei toisin kehoiteta.

OSA AA. HENKILÖTIEDOT													
1.	ASIAKAS	a. Sukunimi Meikäläinen											
		b. Etunimet Maija Inker											
3.	HENKILÖ- TUNNUS	<table><tr><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td></tr></table> — <table><tr><td>x</td><td>x</td><td>x</td><td>x</td></tr></table>		1	1	0	2	3	6	x	x	x	x
1	1	0	2	3	6								
x	x	x	x										
4.	ASIAKKAAN KOTIKUNTA	a. Asiakkaan kotikunta											
		b. Asiakkaan kuntakoodi <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		c. Asiakkaan kotiosoitteen postinumero <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
5.	PALVELUN TUOTTAJA	a. Koodi <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		b. Koodin tarkennin <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		c. Koodin tarkennin, yksikkö <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
		d. Palveluala <table><tr><td></td><td></td></tr></table>											
OSA BB. TAUSTATIEDOT													
1.	SUKUPUOLI	1. Mies 2. Nainen	2										
2.	SIVILISÄÄTY	1. Naimaton 3. Leski 5. Eronnut 2. Naimisissa 4. Asumuserossa 6. Avoliitossa	3										
3.	ÄIDINKIELI	1. Suomi 3. Saame 5. Muu 2. Ruotsi 4. Venäjä	1										
4.	KOULUTUS (korkein loppututkinto)	1. Ei koulutusta 2. Kansakoulu tai vähemmän 3. Keskikoulu/peruskoulu 4. Ylioppilas 5. Opistotasoinen koulutus/ ammattikoulu 6. Yliopistollinen loppututkinto 7. Ei tietoa	2										
<div><input type="checkbox"/> = Laita tyhjään ruutuun kirjain tai numero</div> <div><input type="checkbox"/> a. = Jos ruudussa on kirjain, rastita kaikki soveltuvat vaihtoehdot</div>													

OSA CC. SISÄÄNKIRJAUSTA KOSKEVAT TIEDOT			
1.	TULO- PÄIVÄMÄÄRÄ KOTIHOITTOON	<div>09012018</div> <div>Päivä Kk Vuosi</div>	
2.	KOTIHOITO- ASIAKKUUDEN SY	1. Kotiutunut sairaalasta 2. Pitkäaikainen kotisairaanhoidon/kotipalvelun tarve, lisähoidon ja/tai palvelujen tarpeen arviointi 3. Tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arviointi 4. Arviointi kotihoidon piiriin ottamisesta 5. Päivähoito (päivätoiminta) 6. Muu	2
3.	[HOIDON TARKOITUS, ei käytössä Suomessa]	(Kirjaa, ymmärtääkö asiakas/perhe hoidon tavoitteet) 0. Ei 1. Kyllä a. Sairaanhoidoa vaativat toimenpiteet b. Kliinisten komplikaatioiden ehkäisy c. Kuntoutus d. Asiakkaan/perheen ohjaus e. Perheen lepo/loma f. Palliatiivinen hoito	
4.	AIKA VIIMEISESTÄ SAIRAALASSA- OLOSTA	(Kirjaa viimeisin sairaalassaolo 180 vuorokauden sisällä) 0. Ei ole ollut sairaalassa 1. Viimeisen viikon aikana 2. 8-14 vuorokauden aikana 3. 15-30 vuorokauden aikana 4. Yli 30 vuorokautta sitten	0
5.	ASUINPAIKKA TULOPÄIVÄN AJANKOHTANA	1. Kotona, ilman kotihoitopalveluja 2. Kotona, sai vain kotisairaanhoidon palveluja 3. Kotona, sai vain kotipalveluja 4. Kotona, sai sekä kotisairaanhoidoa että kotipalveluja 5. Palvelutalo, ryhmäkoti, muu vastaava 6. Vanhainkoti 7. Terveyskeskussairaala 8. Muu	4
6.	ASUINKUMPPANI TULOPÄIVÄN AJANKOHTANA	1. Asui yksin 2. Asui vain puolison kanssa 3. Asui puolison ja muun henkilön kanssa 4. Asui vain lapsen kanssa (ei puolisoa mukana) 5. Asui muun henkilön/muiden henkilöiden kanssa (ei puolison/lapsen kanssa) 6. Asui yhteisasunnossa/soluasunnossa muiden kuin sukulaisten kanssa	1
7.	AIKAISEMPI PITKÄAIKAIS- HOITO	Asunut pitkäaikaishoitolaitoksessa jonkin ajanjakson viiden edeltävän vuoden aikana 0. Ei 1. Kyllä	0
8.	AIKAISEMPI ASUMINEN	Muuttanut nykyiseen asuntoon kahden viime vuoden aikana 0. Ei 1. Kyllä	0

OSA A. ARVIOINTITIEDOT										
1.	ARVIOINNIN PÄIVÄMÄÄRÄ	<div><div>2</div><div>6</div></div>	<div><div>0</div><div>4</div></div>	<div><div>2</div><div>0</div><div>2</div><div>1</div></div>						
		Päivä	Kk	Vuosi						
2.	ARVIOINNINSY	Kirjaa arvioinnin tyyppi KOKONAISARVIOINTI 1. Ensimmäinen arviointi [2. Seuranta-arviointi, <i>ei käytössä Suomessa</i>] 3. Puolivuosittainen arviointi [4. Arviointi, joka tehty 30 vrk ennen palveluohjelman lopettamista, <i>ei käytössä Suomessa</i>] [5. Sairaalaista paluun jälkeen tehty arviointi, <i>ei käytössä Suomessa</i>] 6. Vointi tai olosuhteet muuttuneet oleellisesti 7. Oleellinen korjaus edelliseen arviointiin [8. Muu syy, <i>ei käytössä Suomessa</i>] RAJOITETTU ARVIOINTI, ULOSKIRJAUS 9. Uloskirjaus, todennäköisesti lopullinen 10. Uloskirjaus, paluu todennäköinen 11. Uloskirjaus ennen arvioinnin valmistumista RAJOITETTU ARVIOINTI, UUELLEEN SISÄÄNKIRJAUS 12. Uudelleen sisäänkirjaus 14. Yksikön vaihto 99. Edellisen arvioinnin toisto								3
3.	ULOS-KIRJAUKSEN TILA	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uloskirjaukseen liittyvä vaihtoehto 1. Koti tai vast. - ei palveluja 2. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon piiri 3. Koti tai vast. - kotipalvelun piiri 4. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiri 5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava 6. Vanhainkoti 7. Terveyskeskuksen vuodeosasto 8. Akuuttisairaala 9. Psykiatrinen sairaala 10. Kehitysvammalaitos 11. Kuntoutussairaala 12. Kuollut 13. Muu								
4.	ULOS-KIRJAUKSEN PÄIVÄMÄÄRÄ	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uloskirjaukseen liittyvä vaihtoehto <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> Päivä Kk Vuosi								
5.	MISTÄ TULEE (UUELLEEN SISÄÄNKIRJAUS)	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uudelleen sisäänkirjaukseen liittyvä vaihtoehto 1. Koti tai vast. - ei palveluja 2. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon piiristä 3. Koti tai vast. - kotipalvelun piiristä 4. Koti tai vast. - kotisairaanhoidon ja kotipalvelun piiristä 5. Ryhmäasunto/palvelutalo/vastaava 6. Vanhainkodista 7. Terveyskeskuksen vuodeosastolta 8. Akuuttisairaalaista 9. Psykiatrisesta sairaalasta 10. Kehitysvammalaitoksesta 11. Kuntoutussairaalaista 12. Muu								
6.	UUDEN SISÄÄNKIRJAUKSEN PÄIVÄMÄÄRÄ	Täytetään ainoastaan jos kohtaan A2 kirjattiin uudelleen sisäänkirjaukseen liittyvä vaihtoehto. Uudelleen kirjoittautuminen viimeisen sairaalahoidon jälkeen viimeisen 90 vuorokauden ajalta (tai viimeisen arvion tai sisäänkirjauksen jälkeen, jos arvioista on vähemmän kuin 90 vrk). <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> Päivä Kk Vuosi								
7.	VASTUUSUHTEET/HOITOTAHTO	0. Ei 1. Kyllä a. Asiakkaalla on virallinen edunvalvoja b. Asiakkaalla on lääketieteellistä hoitoa koskevia toiveita (esim. ei saa lähettää sairaalaan)								0 1

OSA B. KOGNITIIVINEN KYKY			
1.	MUISTI	(Kirjaa, miten asiakas muistaa aiemmin oppimansa tai tietämänsä) 0. Muisti toimii 1. Muistiongelmia	
		a. Lähimuisti toimii (näyttää muistavan 5 minuutin kuluttua)	0
		b. Proseduraalinen muisti toimii (suoriutuu kaikista tai lähes kaikista peräkkäisistä vaiheista tehtävässä ilman aloitusohjeita)	0
2.	PÄIVITTÄISIIN PÄÄTÖKSIIN LIITTYVÄT KOGNITIIVISET TAITOT	a. Miten hyvin asiakas ratkaisi päivittäisen elämän järjestämisen (kuten milloin nousta ylös tai syödä, mitä vaatteita käyttää tai mitä puuhata) 0. ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - ratkaisut johdonmukaisia/järkeviä/turvallisia 1. ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY USEIMMITEN - ainoastaan uusissa tilanteissa oli vähän vaikeuksia 2. VÄHÄN HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - joissakin tilanteissa päätökset epäsuotuisia tai vaarallisia, jolloin tarvitsee vihjeitä/ohjausta 3. KOHTALAISESTI HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - useimmissa tilanteissa päätökset epäsuotuisia ja/tai vaarallisia, jolloin tarvitsee vihjeitä/ohjausta 4. MERKITTÄVÄSTI HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - ei tehnyt päätöksiä koskaan/miltei koskaan b. Päätöksentekokyvyn huononeminen verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) 0. Ei 1. Kyllä	
			1
			0
3.	ÄKILLISEN SEKAVUUDEN MERKIT	a. Äkillinen tai uusi tilanne/muutos henkisissä toiminnoissa viimeisen 7 vuorokauden aikana (huomion kohdistaminen, tietoisuus ympäristöstä tai johdonmukaisuus vaihtelevat ennustamattomasti päivän mittaan) 0. Ei 1. Kyllä b. Viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana (tai viimeksi tehdyn arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta), asiakas on muuttunut levottomaksi tai orientoitumattomaksi siinä määrin, että hänen turvallisuutensa on vaarassa tai hän tarvitsee muiden suojelua 0. Ei 1. Kyllä	
			0
			0

OSA C. KOMMUNIKAATIO/KUULO			
1.	KUULO	(kuulolaitteen kanssa, jos käytössä) 0. RIITTÄVÄ KUULO - kuulee normaalia puhetta, TV:tä, puhelimesta kuuluvaa puhetta, ovikellon 1. LIEVIÄ VAIKEUKSIA - muualla kuin hiljaisessa ympäristössä 2. KUULEE VAIN ERITYISTILANTEISSA - puhuttava selkeästi, äänen laatu sopeutettava asiakkaan mukaan 3. HUOMATTAVASTI HEIKENTYNYT KUULO - kuulosta ei ole hyötyä	0
2.	YMMÄRRETYKSI TULEMINEN (ilmaisu)	(Tiedon välittyminen - millä tahansa menetelmällä) 0. TULEE YMMÄRRETYKSI - ilmaisee asiat vaikeuksista 1. TULEE YMMÄRRETYKSI YLEENSÄ - vaikeuksia löytää sanoja tai viedä ajatukset loppuun MUTTA saadessaan riittävästi aikaa, vaatii vähän tai ei lainkaan johdattelua 2. TULEE YMMÄRRETYKSI USEIMMITEN - vaikeuksia löytää sanoja tai viedä ajatukset loppuun, vaatii tavallisesti johdattelua 3. TULEE YMMÄRRETYKSI TOISINAAN - kykenee esittämään vain yksinkertaisia pyyntöjä 4. TULEE YMMÄRRETYKSI HARVOIN / EI KOSKAAN	1
3.	KYKY YMMÄRTÄÄ MUITA (Käsityskyky)	(Ymmärtää sanallisesti välitettyä tietoa - millä tahansa tavalla) 0. YMMÄRTÄÄ - ymmärtää selvästi 1. YMMÄRTÄÄ YLEENSÄ - viestin jokin osa/tarkoitus voi jäädä ymmärtämättä MUTTA ymmärtää enemmän keskustelusta ilman tai vähän johdatellen 2. YMMÄRTÄÄ USEIMMITEN - viestin jokin osa/tarkoitus voi jäädä ymmärtämättä MUTTA johdatellen voi useimmiten ymmärtää keskustelun 3. YMMÄRTÄÄ TOISINAAN - reagoi tarkoituksenmukaisesti yksinkertaiseen, suoraan viestintään 4. YMMÄRTÄÄ HARVOIN / EI KOSKAAN	1
4.	KOMMUNIKAATIO-KYVYN HUONONEMINEN	Kommunikaatiokyvyn (ymmärretyksi tuleminen, ymmärtäminen) huononeminen verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) 0. Ei 1. Kyllä	0
OSA D. NÄKÖ			
1.	NÄKÖKYKY	(Näkökyky riittävässä valaistuksessa ja omin lasein, jos ne ovat käytössä) 0. RIITTÄVÄ - näkee yksityiskohdat - tavallinen sanomalehti- tai kirjatexti mukaan lukien 1. HEIKENTYNYT - näkee isoa tekstiä, ei tavallista sanomalehden/ kirjan tekstiä 2. HEIKENTYNYT KOHTALAISESTI - rajoittunut näkö, ei näe lehtiotsakkeita, mutta tunnistaa esineitä 3. HEIKENTYNYT HUOMATTAVASTI - esineiden tunnistaminen on kyseenalaista, mutta asiakas näyttää seuraavan katseellaan esineitä 4. HEIKENTYNYT VAIKEASTI - sokea tai näkee vain valoa, värejä tai muotoja, eikä näytä seuraavan katseellaan esineitä	0
2.	NÄKÖÖN LIITTYVÄT VAIKEUDET/RAJOITUKSET	Näkee sädekehän tai renkaita valon ympärillä, "verhot" silmien edessä tai valon välkähdyksiä 0. Ei 1. Kyllä	0
3.	NÄÖN HUONONEMINEN	Näön huononeminen verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta siten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) 0. Ei 1. Kyllä	0

OSA E. MIELIALA JA KÄYTTÄYTYMINEN													
1.	MASENNUKSEN, AHDISTUKSEN TAI SURULLISUUDEN MERKIT	<p>(Kirjaa havainnot välittämättä oletetusta syystä)</p> <p>0. Ei viitettä tällaisesta oireesta viimeisen 3 vuorokauden aikana 1. Oire ilmeni 1-2 päivänä viimeisen 3 vuorokauden aikana 2. Oire ilmeni päivittäin viimeisen 3 vuorokauden aikana</p> <table border="0"> <tr> <td> <p>a. SURULLISUUDEN TAI MASENNUKSEN TUNNE - esim. "elämä ei ole elämisen arvoista; millään ei ole mitään väliä; olisi parempi olla kuollut"</p> <p>0</p> </td> <td> <p>e. TOISTUVAT AHDISTUNEET VALITUKSET/HUOLET - esim. toistuva huomionherättämisen tarve/ tarvitsee vakuutteluja aikatauluista/ aterioista/pyykistä/vaatteista/ ihmissuhteista</p> <p>0</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>b. JATKUVA OMAAN ITSEEN TAI MUIHIN KOHDISTUVA KIUKKU - esim. asiakas ärsyyntyy helposti tai suuttuu saadusta hoidosta</p> <p>0</p> </td> <td> <p>f. MURHEELLINEN, KIVULIAS, HUOLESTUNUT KASVOJEN ILME - kuten otsa rypyssä</p> <p>1</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>c. EPÄREALISTISELTA VAIKUTTAVAN PELON ILMAISUJA - esim. hylätyksi tulemisen, yksinjäämisen tai muiden kanssa olemisen pelko</p> <p>0</p> </td> <td> <p>g. TOISTUVA ITKESKELY, KYYNLEHTIMINEN</p> <p>0</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>d. TERVEYTEEN LIITTYVÄT TOISTUVAT VALITUKSET - esim. etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan</p> <p>0</p> </td> <td> <p>h. VETÄYTYY AKTIVITEETEISTAAN - ei osoita kiinnostusta pitkäjänteisiin aktiviteetteihin tai seurusteluun perheen/ystävien kanssa</p> <p>1</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td> <p>i. VÄHENTYNYT SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN</p> <p>1</p> </td> </tr> </table>	<p>a. SURULLISUUDEN TAI MASENNUKSEN TUNNE - esim. "elämä ei ole elämisen arvoista; millään ei ole mitään väliä; olisi parempi olla kuollut"</p> <p>0</p>	<p>e. TOISTUVAT AHDISTUNEET VALITUKSET/HUOLET - esim. toistuva huomionherättämisen tarve/ tarvitsee vakuutteluja aikatauluista/ aterioista/pyykistä/vaatteista/ ihmissuhteista</p> <p>0</p>	<p>b. JATKUVA OMAAN ITSEEN TAI MUIHIN KOHDISTUVA KIUKKU - esim. asiakas ärsyyntyy helposti tai suuttuu saadusta hoidosta</p> <p>0</p>	<p>f. MURHEELLINEN, KIVULIAS, HUOLESTUNUT KASVOJEN ILME - kuten otsa rypyssä</p> <p>1</p>	<p>c. EPÄREALISTISELTA VAIKUTTAVAN PELON ILMAISUJA - esim. hylätyksi tulemisen, yksinjäämisen tai muiden kanssa olemisen pelko</p> <p>0</p>	<p>g. TOISTUVA ITKESKELY, KYYNLEHTIMINEN</p> <p>0</p>	<p>d. TERVEYTEEN LIITTYVÄT TOISTUVAT VALITUKSET - esim. etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan</p> <p>0</p>	<p>h. VETÄYTYY AKTIVITEETEISTAAN - ei osoita kiinnostusta pitkäjänteisiin aktiviteetteihin tai seurusteluun perheen/ystävien kanssa</p> <p>1</p>			<p>i. VÄHENTYNYT SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN</p> <p>1</p>
<p>a. SURULLISUUDEN TAI MASENNUKSEN TUNNE - esim. "elämä ei ole elämisen arvoista; millään ei ole mitään väliä; olisi parempi olla kuollut"</p> <p>0</p>	<p>e. TOISTUVAT AHDISTUNEET VALITUKSET/HUOLET - esim. toistuva huomionherättämisen tarve/ tarvitsee vakuutteluja aikatauluista/ aterioista/pyykistä/vaatteista/ ihmissuhteista</p> <p>0</p>												
<p>b. JATKUVA OMAAN ITSEEN TAI MUIHIN KOHDISTUVA KIUKKU - esim. asiakas ärsyyntyy helposti tai suuttuu saadusta hoidosta</p> <p>0</p>	<p>f. MURHEELLINEN, KIVULIAS, HUOLESTUNUT KASVOJEN ILME - kuten otsa rypyssä</p> <p>1</p>												
<p>c. EPÄREALISTISELTA VAIKUTTAVAN PELON ILMAISUJA - esim. hylätyksi tulemisen, yksinjäämisen tai muiden kanssa olemisen pelko</p> <p>0</p>	<p>g. TOISTUVA ITKESKELY, KYYNLEHTIMINEN</p> <p>0</p>												
<p>d. TERVEYTEEN LIITTYVÄT TOISTUVAT VALITUKSET - esim. etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan</p> <p>0</p>	<p>h. VETÄYTYY AKTIVITEETEISTAAN - ei osoita kiinnostusta pitkäjänteisiin aktiviteetteihin tai seurusteluun perheen/ystävien kanssa</p> <p>1</p>												
		<p>i. VÄHENTYNYT SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN</p> <p>1</p>											
2.	MIELIALAN HUONONEMINEN	<p>Mieliala on huonontunut verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)</p> <p>0. Ei 1. Kyllä</p> <p>0</p>											
3.	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT OIREET	<p>Tapaukset, jolloin asiakkaalla esiintyi käytösoireita. JOS oireita oli, niiden lievittämisen helpous.</p> <p>0. Ei oireita viimeisen 3 vuorokauden aikana 1. Käytösoireita oli, helposti lievitettävissä 2. Käytösoireita oli, eivät ole helposti lievitettävissä</p> <table border="0"> <tr> <td> <p>a. VAELTELU - Kuljeskellut ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudestaan</p> <p>0</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>b. KARKEA, UHKAAVA KIELENKÄYTTÖ - Uhkaillut, kiljunut ja kiroillut muille</p> <p>0</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>c. FYYSINEN PAHOINPITELY - Lyönyt, töninyt, raapinut, lähennellyt muita</p> <p>0</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>d. SOSIAALISESTI SOPIMATON, HÄIRITSEVÄ KÄYTTÄYTYMINEN - Äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista häiriökäyttäytymistä tai riisuutumista julkisesti, sotkenut tai heitellyt ruokaa/ulosteita, penkonut muiden tavaroita, toistuvia käytösmalleja, nousee aikaisin aiheuttamaan häiriötä</p> <p>0</p> </td> </tr> <tr> <td> <p>e. KIELTEINEN SUHTAUTUMINEN HOITOON - Vastusteleo lääkkeiden/ pistosten antoa, päivittäisiin toimintoihin liittyvää apua, syömistä tai asennon vaihtoa</p> <p>0</p> </td> </tr> </table>	<p>a. VAELTELU - Kuljeskellut ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudestaan</p> <p>0</p>	<p>b. KARKEA, UHKAAVA KIELENKÄYTTÖ - Uhkaillut, kiljunut ja kiroillut muille</p> <p>0</p>	<p>c. FYYSINEN PAHOINPITELY - Lyönyt, töninyt, raapinut, lähennellyt muita</p> <p>0</p>	<p>d. SOSIAALISESTI SOPIMATON, HÄIRITSEVÄ KÄYTTÄYTYMINEN - Äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista häiriökäyttäytymistä tai riisuutumista julkisesti, sotkenut tai heitellyt ruokaa/ulosteita, penkonut muiden tavaroita, toistuvia käytösmalleja, nousee aikaisin aiheuttamaan häiriötä</p> <p>0</p>	<p>e. KIELTEINEN SUHTAUTUMINEN HOITOON - Vastusteleo lääkkeiden/ pistosten antoa, päivittäisiin toimintoihin liittyvää apua, syömistä tai asennon vaihtoa</p> <p>0</p>						
<p>a. VAELTELU - Kuljeskellut ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudestaan</p> <p>0</p>													
<p>b. KARKEA, UHKAAVA KIELENKÄYTTÖ - Uhkaillut, kiljunut ja kiroillut muille</p> <p>0</p>													
<p>c. FYYSINEN PAHOINPITELY - Lyönyt, töninyt, raapinut, lähennellyt muita</p> <p>0</p>													
<p>d. SOSIAALISESTI SOPIMATON, HÄIRITSEVÄ KÄYTTÄYTYMINEN - Äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista häiriökäyttäytymistä tai riisuutumista julkisesti, sotkenut tai heitellyt ruokaa/ulosteita, penkonut muiden tavaroita, toistuvia käytösmalleja, nousee aikaisin aiheuttamaan häiriötä</p> <p>0</p>													
<p>e. KIELTEINEN SUHTAUTUMINEN HOITOON - Vastusteleo lääkkeiden/ pistosten antoa, päivittäisiin toimintoihin liittyvää apua, syömistä tai asennon vaihtoa</p> <p>0</p>													
4.	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVIEN OIREIDEN MUUTOS	<p>Käytösoireet ovat vaikeutuneet tai perhe sietää niitä huonommin verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)</p> <p>0. Ei tai ei muutoksia käytösoireissa 1. Kyllä</p> <p>0</p>											

OSA F. SOSIAALINEN TOIMINTA		
1.	OSALLISTUMINEN	<p>a. Seurustelee luontevasti muiden kanssa (esim. viettää mielellään aikaa muiden kanssa)</p> <p>0. Kyllä 1. Ei</p> <p style="text-align: right;">0</p> <p>b. Ilmaisee avoimesti ristiriitaa tai vihaa ystävien tai perheen suhteen</p> <p>0. Ei 1. Kyllä</p> <p style="text-align: right;">0</p>
2.	MUUTOS SOSIAALISESSA OSALLISTUMISESSA	<p>Asiakkaan osallistuminen vähentynyt sosiaaliseen, uskonnolliseen sekä muuhun toimintaan tai harrastukseen, josta pitää, verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta). JOS OSALLISTUMINEN ON VÄHENTYNYT, vaivaako se asiakasta</p> <p>0. Ei ole vähentynyt 1. On vähentynyt, asiakas ei kärsi 2. On vähentynyt, asiakas kärsii</p> <p style="text-align: right;">0</p>
3.	ERISTYMINEN	<p>a. Miten kauan asiakas on yksin päivän mittaan (aamu- ja iltapäivisin)</p> <p>0. Ei juuri lainkaan 2. Pidemmän ajanajakson - esim. koko aamupäivän 1. Noin tunnin verran 3. Koko ajan</p> <p style="text-align: right;">3</p> <p>b. Asiakas ilmaisee tai viittaa tuntevansa itsensä yksinäiseksi</p> <p>0. Ei 1. Kyllä</p> <p style="text-align: right;">1</p>

OSA G. OMAISTEN JA LÄHEISTEN MUODOSTAMA TUKIJÄRJESTELMÄ																																			
1.	KAKSI ENITEN HOITOON OSALLISTUVAA HENKILÖÄ (omainen/läheinen)	<p>KIRJAA KAHDEN ENITEN HOITOON OSALLISTUVAN NIMET (Saa joko omaishoidon tukea tai ei)</p> <p>(A) Eniten hoitoon osallistuva henkilö Meikäläinen 0. Ei, siirry osaan H 1. Kyllä a. Sukunimi _____ b. Etunimi Risto</p> <p>(B) Toiseksi eniten hoitoon osallistuva henkilö 0. Ei 1. Kyllä c. Sukunimi -- d. Etunimi --</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>(A) Eniten</th> <th>(B) Toiseksi eniten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>e. Asuu asiakkaan kanssa 0. Kyllä 1. Ei</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f. Suhde asiakkaaseen 0. Lapsi tai puolison lapsi 2. Muu sukulainen 1. Puoliso 3. Ystävä/naapuri</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Auttamisaalueet 0. Kyllä 1. Ei</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. Neuvot tai henkinen tuki</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h. IADL-apu</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i. ADL-apu</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Haluaako (kykeneekö) hoitaja tarvittaessa lisätä apua 0. Enemmän kuin 2 tuntia 1. 1-2 tuntia/päivässä 2. Ei</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j. Neuvot tai henkinen tuki</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>k. IADL-apu</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>l. ADL-apu</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		(A) Eniten	(B) Toiseksi eniten	e. Asuu asiakkaan kanssa 0. Kyllä 1. Ei	1		f. Suhde asiakkaaseen 0. Lapsi tai puolison lapsi 2. Muu sukulainen 1. Puoliso 3. Ystävä/naapuri	0		Auttamisaalueet 0. Kyllä 1. Ei	0		g. Neuvot tai henkinen tuki	0		h. IADL-apu	0		i. ADL-apu	0		Haluaako (kykeneekö) hoitaja tarvittaessa lisätä apua 0. Enemmän kuin 2 tuntia 1. 1-2 tuntia/päivässä 2. Ei	1		j. Neuvot tai henkinen tuki	2		k. IADL-apu	2		l. ADL-apu	2	
	(A) Eniten	(B) Toiseksi eniten																																	
e. Asuu asiakkaan kanssa 0. Kyllä 1. Ei	1																																		
f. Suhde asiakkaaseen 0. Lapsi tai puolison lapsi 2. Muu sukulainen 1. Puoliso 3. Ystävä/naapuri	0																																		
Auttamisaalueet 0. Kyllä 1. Ei	0																																		
g. Neuvot tai henkinen tuki	0																																		
h. IADL-apu	0																																		
i. ADL-apu	0																																		
Haluaako (kykeneekö) hoitaja tarvittaessa lisätä apua 0. Enemmän kuin 2 tuntia 1. 1-2 tuntia/päivässä 2. Ei	1																																		
j. Neuvot tai henkinen tuki	2																																		
k. IADL-apu	2																																		
l. ADL-apu	2																																		
2.	HOITOON OSALLISTUVAN HENKILÖN TILANNE	<p>(Merkitse kaikki soveltuva(t))</p> <p>a. Hoitaja(t) ei(vät) kykene jatkamaan hoitotoimintaansa - esim. hoitajan terveydentilan huononeminen vaikeuttaa hoitamista a.</p> <p>b. Eniten osallistuva hoitaja on tyytymätön asiakkaan perheeltä ja ystäviltä saamaansa tukeen (esim. muilta asiakkaan lapsilta) b.</p> <p>c. Eniten osallistuvalla hoitajalla ilmenee rasituksen, vihan tai masennuksen tunteita c.</p> <p>d. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA d. X</p>																																	
3.	OMAISTEN/ LÄHEISTEN ANTAMAN AVUN LAAJUUS (hoitotunnit pyörästettyinä)	<p>Saanut viimeisen 7 vuorokauden aikana IADL- ja ADL-apua päivittäisissä toiminnoissa henkilöltä (omainen, ystävä, naapuri), joka ei saa omaishoidon tukea</p> <p>a. Aika viikon viitenä arkipäivänä TUNTIA 0 0 7</p> <p>b. Aika viikonloppuna TUNTIA 0 3</p> <p>Saanut viimeisen 7 vuorokauden aikana IADL- ja ADL-apua päivittäisissä toiminnoissa henkilöltä, joka saa omaishoidon tukea</p> <p>c. Aika viikon viitenä arkipäivänä TUNTIA 0 0</p> <p>d. Aika viikonloppuna TUNTIA 0 0</p>																																	

OSA H. FYYSINEN TOIMINTAKYKY: PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN SUORITUSKYKY - ASIOIDEN HOITAMISEEN LIITTYVÄT PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (INSTRUMENTAALISET, IADL) 7 VRK:N AJALTA - HENKILÖKOHTAISET PÄIVITTÄISET TOIMINNOT (ADL) 3 VRK:N AJALTA																													
1.	ASIOIDEN HOITAMISEEN LIITTYVÄ PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN (IADL) SUORITUSKYKY	<p>Kirjaa asiakkaan suoriutuminen tavanomaisissa toiminnoissa kotona tai sen ulkopuolella viimeksi kuluneen 7 vuorokauden aikana</p> <p>(A) IADL - SUORITUSKYKY (Kirjaa asiakkaan suorituskyky)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. ITSENÄINEN - teki kaiken itse 1. TARVITSI HIEMAN APUA - tarvitsi apua osan aikaa 2. TARVITSI PALJON APUA - tarvitsi apua koko toiminnon ajan 3. MUUT SUORITTIVAT TOIMINNON 8. TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT LAINKAAN <p>(B) IADL - VAIKEUDET (Kirjaa, kuinka vaikeaa asiakkaan on (olisi) selviytyä aktiviteetista itse)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ei vaikeuksia 1. Hieman vaikeuksia (esim. tarvitsee hieman apua, on hyvin hidas tai väsynyt) 2. Paljon vaikeuksia (esim. osallistui toimintoon vähän tai ei lainkaan) 																											
		<table> <tr> <th></th><th>(A)</th><th>(B)</th></tr> <tr> <th></th><th>Suoriutuminen</th><th>Vaikeudet</th></tr> <tr> <td>a. ATERIOIDEN VALMISTAMINEN - (esim. aterioiden suunnittelu, kypsentaminen, tarveaineiden kokoaminen, ruoan tarjoilu ja pöydän kattaminen)</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b. TAVALLISET KOTITALOUSTYÖT - (esim. astianpesu, pölyjen pyyhkiminen, vuoteen sijaaminen ja pyykistä suoriutuminen)</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c. RAHA-ASIOIDEN HOITO - laskujen maksaminen, rahavarojen hoito</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d. LÄÄKITYKSESTÄ SUORIUTUMINEN - (esim. lääkkeen oton muistaminen, pullojen avaaminen, oikea annostus, injektoiden otto, voiteiden levittäminen)</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>e. PUHELIMEN KÄYTTÖ - puhelujen soittaminen tai vastaanottaminen (numeroiden suurennuslevyt, äänenvahvistimet tai muut apuvälineet mukaan lukien)</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr> <td>f. OSTOKSILLA KÄYNTI - ruoka- ja talousostoksista suoriutuminen (esim. tarvikkeiden valinta, rahan käyttö)</td><td>3</td><td>2</td></tr> <tr> <td>g. KULKUVÄLINEIDEN KÄYTTÖ - (esim. miten liikkuu kävelymatkaa pidemmälle)</td><td>8</td><td>2</td></tr> </table>		(A)	(B)		Suoriutuminen	Vaikeudet	a. ATERIOIDEN VALMISTAMINEN - (esim. aterioiden suunnittelu, kypsentaminen, tarveaineiden kokoaminen, ruoan tarjoilu ja pöydän kattaminen)	3	2	b. TAVALLISET KOTITALOUSTYÖT - (esim. astianpesu, pölyjen pyyhkiminen, vuoteen sijaaminen ja pyykistä suoriutuminen)	3	2	c. RAHA-ASIOIDEN HOITO - laskujen maksaminen, rahavarojen hoito	3	2	d. LÄÄKITYKSESTÄ SUORIUTUMINEN - (esim. lääkkeen oton muistaminen, pullojen avaaminen, oikea annostus, injektoiden otto, voiteiden levittäminen)	2	1	e. PUHELIMEN KÄYTTÖ - puhelujen soittaminen tai vastaanottaminen (numeroiden suurennuslevyt, äänenvahvistimet tai muut apuvälineet mukaan lukien)	2	2	f. OSTOKSILLA KÄYNTI - ruoka- ja talousostoksista suoriutuminen (esim. tarvikkeiden valinta, rahan käyttö)	3	2	g. KULKUVÄLINEIDEN KÄYTTÖ - (esim. miten liikkuu kävelymatkaa pidemmälle)	8	2
	(A)	(B)																											
	Suoriutuminen	Vaikeudet																											
a. ATERIOIDEN VALMISTAMINEN - (esim. aterioiden suunnittelu, kypsentaminen, tarveaineiden kokoaminen, ruoan tarjoilu ja pöydän kattaminen)	3	2																											
b. TAVALLISET KOTITALOUSTYÖT - (esim. astianpesu, pölyjen pyyhkiminen, vuoteen sijaaminen ja pyykistä suoriutuminen)	3	2																											
c. RAHA-ASIOIDEN HOITO - laskujen maksaminen, rahavarojen hoito	3	2																											
d. LÄÄKITYKSESTÄ SUORIUTUMINEN - (esim. lääkkeen oton muistaminen, pullojen avaaminen, oikea annostus, injektoiden otto, voiteiden levittäminen)	2	1																											
e. PUHELIMEN KÄYTTÖ - puhelujen soittaminen tai vastaanottaminen (numeroiden suurennuslevyt, äänenvahvistimet tai muut apuvälineet mukaan lukien)	2	2																											
f. OSTOKSILLA KÄYNTI - ruoka- ja talousostoksista suoriutuminen (esim. tarvikkeiden valinta, rahan käyttö)	3	2																											
g. KULKUVÄLINEIDEN KÄYTTÖ - (esim. miten liikkuu kävelymatkaa pidemmälle)	8	2																											
2.	PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN (ADL) SUORITUSKYKY	<p>Seuraavassa arvioidaan asiakkaan fyysistä toimintakykyä tavanomaisissa henkilökohtaisissa toiminnoissa, kuten pukeutumisessa, syömisessä jne. viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana, mukaan lukien kaikki tapahtumat. Selvitä itsenäisesti suoriutuneiden kohdalla, oliko muita henkilöitä kannustamassa toimintaan tai läsnä valvomassa tai neuvomassa (Huomaa - kylvämisessä kirjaa eniten apua vaatinut tapahtuma viimeisen 7 vuorokauden ajalta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. ITSENÄINEN – Ei apua, valmistelemista tai valvontaa; TAI apua, valmistelemista, valvontaa annettu korkeintaan 1-2 kertaa 1. TARVITSEE VAIN VALMISTELUAPUA – Tavara tai väline annettu asiakkaan saataville 3 kertaa tai useammin 																											

2.	PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN (ADL) SUORITUSKYKY (jatkuu)	<p>2. OHJAUKSEN TARVETTA – Valvontaa, rohkaisua tai kehotuksia annettu 3 kertaa tai useammin viimeisen 3 vuorokauden aikana TAI ohjausta (1 kerran tai useammin) sekä fyysistä apua annettu vain 1-2 kertaa (yhteensä kolme tai useampi auttamis- tai ohjaustapahtumakerta)</p> <p>3. TARVITSEE RAJOITETUSTI APUA – Teki itse paljon; saanut fyysistä apua raajojen ohjattuna liikutteluna tai muussa sellaisessa toiminnassa, joka ei edellytä painon kannattelua 3 kertaa tai useammin TAI sai apua, joka ei edellytä painon kannattelua ja runsaampaa apua annettu vain 1 - 2 kertaa viimeisen 3 vuorokauden aikana (fyysistä apua yhteensä kolmesti tai useammin)</p> <p>4. TARVITSEE RUNSAASTI APUA – Teki osan itse (50 % tai enemmän osatoiminnoista), mutta sai apua 3 kertaa tai useammin seuraavissa toimissa: - tukea painon kannattelussa TAI - sai toisen henkilön täyden avun osan aikaa (mutta ei koko ajan) viimeisen 3 vuorokauden aikana</p> <p>5. TARVITSEE SUURIMMAN MAHDOLLISEN AVUN – Asiakas osallistui ja suoritti loppuun vähemmän kuin 50 % osatoiminnoista (sisältäen kahden tai useamman henkilön avun); sai painon kannatteluapua tai täyden avun tietyissä osatoiminnoissa 3 kertaa tai useammin</p> <p>6. TÄYSIN AUTETTAVA – Toinen henkilö suoritti toiminnon kokonaan</p> <p>8. TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT LAINKAAN (riippumatta kyvystä)</p>
		<p>a. LIKKUMINEN VUOTEESSA - sisältää siirtymisen makuulta istumaan ja takaisin, kääntymisen ja asennon vaihtamisen vuoteessa 0</p> <p>b. SIIRTYMINEN - sisältää siirtymisen tasolta toiselle: sängystä/ sänkyyn, tuolista/tuoliin, pyörätuolista/pyörätuoliin, seisomaan/ seisomasta (Huom. älä kirjaa tähän WC:tä tai kylpyä) 0</p> <p>c. LIKKUMINEN KOTONA - (Huom. jos pyörätuolissa, itsenäisyys pyörätuoliin päästyä) 0</p> <p>d. LIKKUMINEN KODIN ULKOPUOLELLA - (Huom. jos pyörätuolissa, itsenäisyys pyörätuoliin päästyä) 8</p> <p>e. PUKEUTUMINEN, YLÄVARTALO - Miten asiakas pukee ja riisuu kaikki tavalliset arkivaatteet (alus-, sisä- ja ulkovaatteet) ylävartalolta, mukaan lukien proteesit, ortoosit, nepparit, villapuserot ym. 3</p> <p>f. PUKEUTUMINEN, ALAVARTALO - Miten asiakas pukee ja riisuu kaikki tavalliset arkivaatteet (alus-, sisä- ja ulkovaatteet) alavartalolta, mukaan lukien proteesit, ortoosit (jalkatuet, vyöt, housut, hameen, kengät ja nepparit) 3</p> <p>g. RUOKAILU - ravinnon nauttiminen kaikin tavoin, myös letkuravitseminen 4</p> <p>h. WC:N KÄYTTÖ - WC:n, urinaalin tai portatiivin käyttökyky. Siirtyminen wc:hen ja sieltä pois, siistiytyminen WC-käynnin yhteydessä tai pidätyskyvyn pettäessä, vaipan vaihto, vaadittavien erikoisvälineiden käsittely (avanne tai katetri) ja vaatteiden kohennus 3</p> <p>i. HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA - hiusten kampaaminen, hampaiden pesu, parranajo, ehostaminen, kasvojen ja käsien pesu ja kuivaus (älä kirjaa kylpyä tai suihkua) 3</p> <p>j. KYLPEMINEN - Miten asiakas käy kylvyssä/suihkussa tai pesee koko vartalon esim. sienellä (älä kirjaa tuke- ja selän pesua). Sisältää sen, miten asiakas pesee kehon eri osat: käsivarret, jalat, rinnan, vatsan ja alapesun. Kirjaa eniten apua vaatinut tapahtuma viimeisten 7 vuorokauden ajalta. 5</p>

3.	PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN SUORITUSKYKY HUONONTUNUT	Päivittäisten toimintojen suorituskky huonontunut (omatoimisuus nyt vähäisempää) verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)	0. Ei	1. Kyllä	1
4.	LIKKUMISUODOT JA APUVÄLINEET	0. Ei apuvälineitä 1. Keppi 2. Sauvat/kelkka/rollaattori	3. Skootteri (motorisoitu tuoli, kärry) 4. Pyörätuoli (myös motorisoitu) 8. Toimintoa ei tapahtunut	a. Sisätiloissa b. Ulkotiloissa	2 8
5.	PORTAISSA KULKEMINEN	Miten asiakas nousi ja laskeutui portaita viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana (yksi tai useampi porras, käyttäen tarvittaessa kaidetta)	0. Ylös ja alas portaita ilman apua 1. Ylös ja alas portaita avustettuna 2. Ei itse kulkenut portaita ylös ja alas		2
6.	AKTIVISUUS	a. Kirjaa, monenako päivänä asiakas tavallisen viikon aikana, viimeksi kuluneena 30 vuorokautena (tai viimeisen arvioinnin jälkeen), tavallisesti poistui rakennuksesta jossa asuu (ajan pituudella ei ole merkitystä).	0. Joka päivä 1. 2-6 päivänä viikossa	2. Kerran viikossa 3. Ei kertaakaan	3
		b. Fyysisiin aktiviteetteihin käytetty aika viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana (kuten kävely, talon siivoaminen, voimistelu)	0. Kaksi tuntia tai enemmän	1. Vähemmän kuin kaksi tuntia	1
7.	TOIMINTAKYVYN KOHENTAMISMAHDOLLISUUDET	a. Asiakas uskoo voivansa parantaa toimintakykyään itsenäisemmäksi (ADL, IADL, liikuntakyky) b. Hoitajat uskovat asiakkaan voivan parantaa toimintakykyään itsenäisemmäksi (ADL, IADL, liikuntakyky) c. Hyvät toipumismahdollisuudet nykyisestä sairaudesta tai terveydentilasta, terveydentilan kohentuminen odotettavissa d. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA			a. b. c. d. X
OSA I. PIDÄTYSKYKY VIIMEISEN 7 VUOROKAUDEN AIKANA					
1.	VIRTSANPIDÄTYSKYKY	a. Virtsarakon hallinta viimeisen 7 vuorokauden aikana (käsittää myös katetrin tai inkontinenssihojelman) (Huom. jos esiintyy tiputtelua, ei kuitenkaan alushousujen läpi)	0. PIDÄTYSKYKYINEN — Täysi hallinta, ei käytä katetria tai muuta virtsankeräysapuvälinettä 1. PIDÄTYSKYKYINEN KATETRIN AVULLA — Täysi hallinta käyttäen katetria tai muuta virtsankeräysapuvälinettä, joka ei vuoda 2. PIDÄTYSKYKYINEN YLEENSÄ — Pidätuskyvytön korkeintaan kerran viikossa tai harvemmin 3. PIDÄTYSKYVYTÖN TOISINAAN — Pidätuskyvytön kahdesti viikossa tai useammin, mutta ei päivittäin 4. PIDÄTYSKYVYTÖN USEIN — Taipumus päivittäiseen pidätuskyvyttömyyteen, mutta hallintakykyä on vielä jonkin verran jäljellä 5. PIDÄTYSKYVYTÖN — Ei rakon hallintaa, useita virtsankarkailuja päivittäin 8. TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT — Ei virtsaneritystä rakosta		4
		b. Virtsanpidätuskyky on huonontunut verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)	0. Ei	1. Kyllä	1

2.	APUVÄLINEET	(Kirjaa kaikki viimeksi kuluneen 7 vuorokauden aikana paikkansapitävä)	<div>a. <input checked="" type="checkbox"/> X</div> <div>b. <input type="checkbox"/></div> <div>c. <input type="checkbox"/></div>
3.	ULOSTEEN- PIDÄTYSKYKY	Suolentoiminnan hallinta apuvälinein tai koulutusohjelmin, jos sellainen on käytössä, viimeksi kuluneen 7 vuorokauden aikana	3
		<div>0. PIDÄTYSKYKYINEN — Täysi hallinta, ei avannetta</div> <div>1. PIDÄTYSKYKYINEN AVANTEEN AVULLA — Täysi hallinta vuotamattoman avanteen avulla</div> <div>2. PIDÄTYSKYKYINEN YLEENSÄ — Pidätyskyvytön harvemmin kuin viikoittain</div> <div>3. PIDÄTYSKYVYTÖN TOISINAAN — Pidätyskyvytön kerran viikossa</div> <div>4. PIDÄTYSKYVYTÖN USEIN — Pidätyskyvytön 2-3 kertaa viikossa</div> <div>5. PIDÄTYSKYVYTÖN — Aina tai melkein aina pidätyskyvytön</div> <div>8. TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT — Ei suolen toimintaa koko 7 vuorokauden arviointijakson aikana</div>	

OSA J. DIAGNOOSIT

<p>Onko asiakkaalla lääkärin toteama sairaus tai infektio, joka vaikuttaa hänen nykyiseen tilaansa ja vaatii lääke- tai oireenmukaista hoitoa. Kirjaa myös ne sairaudet, joita hoitohenkilökunta seuraa ja jotka ovat olleet sairaalaan lähettämisen synnä viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)</p> <p>0. Ei tällä hetkellä 1. On tällä hetkellä, mutta ei vaadi hoitoa tai seurantaa 2. On tällä hetkellä, kotisairaanhoidon hoitaa tai seuraa (Jos asiakkaalla ei ole mitään alla luetelluista diagnooseista, merkitse J1ac, Ei mitään yllä olevista)</p>			
1.	<table border="0"> <tr> <td>SAIRAUDET</td> <td> SYDÄN/VERENKIERTO a. Aivohalvaus <input checked="" type="checkbox"/> X b. Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> c. Sepelvaltimotauti <input checked="" type="checkbox"/> X d. Verenpainetauti <input checked="" type="checkbox"/> X e. Sydämen rytmihäiriöt, epäsäännöllinen pulssi <input checked="" type="checkbox"/> X f. Alaraajojen verenkierron häiriö <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA g. Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/> h. Muu dementia kuin Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/> i. Pään vamma <input type="checkbox"/> j. Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaus/heikkous) <input type="checkbox"/> k. Multippeli skleroosi <input type="checkbox"/> l. Parkinsonin tauti <input type="checkbox"/> MUSKULOOSKELETAALITAUDIT m. Artriitti <input type="checkbox"/> n. Lonkkamurtuma <input type="checkbox"/> o. Muut murtumat (esim. ranne) <input type="checkbox"/> p. Osteoporoosi (luukato) <input type="checkbox"/> AISTIT q. Katarakta (harmaakaihi) <input checked="" type="checkbox"/> X r. Glaukooma (viherkaihi, silmänpainetauti) <input type="checkbox"/> PSYKIATRIA/MIELIALA s. Mikä tahansa psykiatrinen diagnoosi <input type="checkbox"/> INFEKTIOT t. HIV <input type="checkbox"/> u. Pneumonia (keuhkokuume) <input type="checkbox"/> v. Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> w. Virtsatieinfektio (viimeisen 30 päivän aikana) <input type="checkbox"/> MUUT SAIRAUDET x. Syöpä (viiden viimeksi kuluneen vuoden aikana) - ei sisällä ihosyöpää <input checked="" type="checkbox"/> X y. Diabetes <input type="checkbox"/> z. Emfyseema/COPD/astma <input type="checkbox"/> aa. Munuaisen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> ab. Kilpirauhasen sairaus (liika- tai vajaatoiminta) <input checked="" type="checkbox"/> X ac. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	SAIRAUDET	SYDÄN/VERENKIERTO a. Aivohalvaus <input checked="" type="checkbox"/> X b. Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> c. Sepelvaltimotauti <input checked="" type="checkbox"/> X d. Verenpainetauti <input checked="" type="checkbox"/> X e. Sydämen rytmihäiriöt, epäsäännöllinen pulssi <input checked="" type="checkbox"/> X f. Alaraajojen verenkierron häiriö <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA g. Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/> h. Muu dementia kuin Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/> i. Pään vamma <input type="checkbox"/> j. Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaus/heikkous) <input type="checkbox"/> k. Multippeli skleroosi <input type="checkbox"/> l. Parkinsonin tauti <input type="checkbox"/> MUSKULOOSKELETAALITAUDIT m. Artriitti <input type="checkbox"/> n. Lonkkamurtuma <input type="checkbox"/> o. Muut murtumat (esim. ranne) <input type="checkbox"/> p. Osteoporoosi (luukato) <input type="checkbox"/> AISTIT q. Katarakta (harmaakaihi) <input checked="" type="checkbox"/> X r. Glaukooma (viherkaihi, silmänpainetauti) <input type="checkbox"/> PSYKIATRIA/MIELIALA s. Mikä tahansa psykiatrinen diagnoosi <input type="checkbox"/> INFEKTIOT t. HIV <input type="checkbox"/> u. Pneumonia (keuhkokuume) <input type="checkbox"/> v. Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> w. Virtsatieinfektio (viimeisen 30 päivän aikana) <input type="checkbox"/> MUUT SAIRAUDET x. Syöpä (viiden viimeksi kuluneen vuoden aikana) - ei sisällä ihosyöpää <input checked="" type="checkbox"/> X y. Diabetes <input type="checkbox"/> z. Emfyseema/COPD/astma <input type="checkbox"/> aa. Munuaisen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> ab. Kilpirauhasen sairaus (liika- tai vajaatoiminta) <input checked="" type="checkbox"/> X ac. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/>
SAIRAUDET	SYDÄN/VERENKIERTO a. Aivohalvaus <input checked="" type="checkbox"/> X b. Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> c. Sepelvaltimotauti <input checked="" type="checkbox"/> X d. Verenpainetauti <input checked="" type="checkbox"/> X e. Sydämen rytmihäiriöt, epäsäännöllinen pulssi <input checked="" type="checkbox"/> X f. Alaraajojen verenkierron häiriö <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA g. Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/> h. Muu dementia kuin Alzheimerin tauti <input type="checkbox"/> i. Pään vamma <input type="checkbox"/> j. Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaus/heikkous) <input type="checkbox"/> k. Multippeli skleroosi <input type="checkbox"/> l. Parkinsonin tauti <input type="checkbox"/> MUSKULOOSKELETAALITAUDIT m. Artriitti <input type="checkbox"/> n. Lonkkamurtuma <input type="checkbox"/> o. Muut murtumat (esim. ranne) <input type="checkbox"/> p. Osteoporoosi (luukato) <input type="checkbox"/> AISTIT q. Katarakta (harmaakaihi) <input checked="" type="checkbox"/> X r. Glaukooma (viherkaihi, silmänpainetauti) <input type="checkbox"/> PSYKIATRIA/MIELIALA s. Mikä tahansa psykiatrinen diagnoosi <input type="checkbox"/> INFEKTIOT t. HIV <input type="checkbox"/> u. Pneumonia (keuhkokuume) <input type="checkbox"/> v. Tuberkuloosi <input type="checkbox"/> w. Virtsatieinfektio (viimeisen 30 päivän aikana) <input type="checkbox"/> MUUT SAIRAUDET x. Syöpä (viiden viimeksi kuluneen vuoden aikana) - ei sisällä ihosyöpää <input checked="" type="checkbox"/> X y. Diabetes <input type="checkbox"/> z. Emfyseema/COPD/astma <input type="checkbox"/> aa. Munuaisen vajaatoiminta <input type="checkbox"/> ab. Kilpirauhasen sairaus (liika- tai vajaatoiminta) <input checked="" type="checkbox"/> X ac. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/>		
2.	<table border="0"> <tr> <td>MUTA AJANKOHTAISIA TAI TARKEMPIA DIAGNOOSEJA JA ICD-10 KOODEJA</td> <td> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </td> </tr> </table>	MUTA AJANKOHTAISIA TAI TARKEMPIA DIAGNOOSEJA JA ICD-10 KOODEJA	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
MUTA AJANKOHTAISIA TAI TARKEMPIA DIAGNOOSEJA JA ICD-10 KOODEJA	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		

OSA K. TERVEYDENTILA JA EHKÄISEVÄ TERVEYDENHOITO			
1.	EHKÄISEVÄ TERVEYDENHOITO (VIIMEKSI KULUNEEN KAHDEN VUODEN AIKANA)	(Kirjaa kaikki paikkansapitävä viimeksi kuluneen kahden vuoden ajalta) Mitattu verenpaine Saanut influenssarokotuksen Testattu ulosteen veri tai tehty seulontaendoskopia Naisilla: Rinnat tutkittu tai tehty mammografia EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	a. <input checked="" type="checkbox"/> b. <input checked="" type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input checked="" type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/>
2.	TERVEYDENTILAA KOSKEVIA ONGELMIA, JOTKA ESIINTYNEET KAHDENTAI USEAMMAN VUOROKAUDEN AJAN	(Merkitse kaikki, jotka esiintyneet vähintään kahtena viimeksi kuluneesta kolmesta vuorokaudesta) Ripuli Vaikeuksia virtsata tai virtsaa kolmesti tai useammin yöllä Kuume	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input checked="" type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>
3.	TERVEYDENTILAA KOSKEVIA ONGELMIA	(Merkitse kaikki milloin tahansa esiintyneet ongelmat viimeisen 3 vuorokauden aikana) FYYSINEN TERVEYS Rintakipua/paineen tunnetta levossa tai rasituksessa Ei suolen toimintaa kolmeen päivään Huimausta tai pyörrytystä Turvotusta	a. <input checked="" type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input checked="" type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input checked="" type="checkbox"/> MIELENTERVEYS Harhaluuloisuutta (deluusioita) Harhaisuutta (hallusinaatioita) EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA
4.	KIPU	a. Asiakkaan valittaman tai ilmaiseman kivun esiintymistiheys 0. Ei kipuja (kohdat b -e "0") 1. Kipuja harvemmin kuin päivittäin 2. Kipuja päivittäin - kerran 3. Kipuja päivittäin - useita kertoja	1
		b. Kivun voimakkuus 0. Ei kipua 1. Lievä kipu 2. Kohtalainen kipu 3. Kova kipu 4. Ajoittain sietämätön kipu	1
		c. Asiakkaan mielestä kivun voimakkuus häiritsee päivittäisiä toimintoja 0. Ei 1. Kyllä	1
		d. Kivun luonne 0. Ei kipuja 1. Kipuja vain yhdessä paikassa 2. Kipuja useassa paikassa	1
		e. Asiakkaan mielestä lääkkeet hillitsevät riittävästi kipua 0. Kyllä tai ei 1. Lääke ei hillitse riittävästi kipuja 2. Kipuja, ei ole ottanut lääkettä	0
5.	KAATUILU	Kaatumisien lukumäärä viimeisen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta). Jos ei ole lainkaan kaatunut, kirjaa "0", jos enemmän kuin yhdeksän kertaa, kirjaa "9".	0
6.	KAATUMISEN UHKA	(Kirjaa kaatumisen uhka) 0. Ei 1. Kyllä a. Epävarma kävely b. Asiakas rajoittaa ulos menemistä kaatumisen pelossa (esim. lakannut käyttämästä bussia, menee ulos vain muiden kanssa)	1 1

7.	ELÄMÄNTAVAT (Alkoholin käyttö ja tupakointi)	(Kirjaa alkoholin käyttö ja tupakoiminen) 0. Ei 1. Kyllä
		<p>a. Viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) asiakas tunsi tarvetta vähentää tai toiset kehottivat häntä vähentämään juomista tai muut olivat huolissaan hänen juomisestaan 0</p> <p>b. Viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) asiakkaan oli otettava alkoholia ensimmäiseksi aamulla rauhoittaakseen hermojaan ("krapularyyppy") tai hänellä oli ongelmia alkoholin vuoksi 0</p> <p>c. Tupakoi tai käytti purutupakkaa/nuuskaa päivittäin 0</p>
8.	TERVEYDENTILAN KUVAAJAT	(Merkitse kaikki soveltuvat kohdat) Asiakas pitää terveydentilaansa huonona (kysyttäessä) a. <input checked="" type="checkbox"/> Asiakkaan terveydentila tai sairaudet tekevät asiakkaan kognitiivisen kyvyn, ADL-kyvyn, mielialan tai käytöksen epävakaaksi (vaihtelevaksi, epävarmaksi tai heikkeneväksi) b. <input checked="" type="checkbox"/> Meneillään toistuvan tai kroonisen ongelman akuuttivaihe c. <input type="checkbox"/> Hoitoa muutettiin viimeksi kuluneen 30 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä vähemmän kuin 30 vuorokautta) uuden akuutin vaiheen tai tilan vuoksi d. <input type="checkbox"/> Elinennuste 6 kk tai vähemmän - esim. lääkäri on kertonut asiakkaalle tai asiakkaan perheelle asiakkaan olevan terminaalivaiheessa e. <input type="checkbox"/> EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA f. <input type="checkbox"/>
9.	MUITA TILANTEESEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	(Merkitse kaikki soveltuvat kohdat) Asiakas pelkää jotain perheenjäsentään tai hoitajaa a. <input type="checkbox"/> Poikkeavan epäsiisti b. <input type="checkbox"/> Selittämättömiä vammoja, luunmurtumia tai palohaavoja c. <input type="checkbox"/> Laiminlyöty, pahoinpidelty tai kaltoin kohdeltu d. <input type="checkbox"/> Liikkumista rajoittavat välineet (raajat sidottu, sängyssä laidat, sidottu tuoliin) e. <input type="checkbox"/> EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA f. <input checked="" type="checkbox"/>
OSA L. RAVITSEMUKSEN JA NESTEYTYKSEN TILA		
1.	PAINO	(Merkitse kaikki soveltuvat kohdat) 0. Ei 1. Kyllä <p>a. Tahaton painon lasku, 5% tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana (tai 10% tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana) 0</p> <p>b. Vakava aliravitsemus 0</p> <p>c. Sairaalloinen ylipaino 0</p> <p>Merkitse d. Paino _____ kg e. Pituus _____ cm</p>
2.	RAVINNON-KULUTUS	(Merkitse ravinnonkulutus) 0. Ei 1. Kyllä <p>a. Vähintään kahtena viimeksi kuluneesta 3 vuorokaudesta söi yhden aterian päivässä tai vähemmän 1</p> <p>b. Nautitun ruoan tai juoman määrä on ollut havaittavasti normaalia vähäisempää kuluneen 3 vuorokauden aikana 1</p> <p>c. Riittämätön juominen - ei juonut kaikkia juomia / miltei kaikkia juomia viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana 1</p> <p>d. Letkuravitsemus 0</p>

3.	NIELEMINEN	0. NORMAALI – nielee turvallisesti ja tehokkaasti kaikenlaista ravintoa 1. VAATII RUOKAVALION MUUTTAMISTA KYETÄKSEEN NIELEMÄÄN KIIINTEÄÄ RUOKAA TURVALLISESTI (hienonnettu ruoka tai kykenee nauttimaan vain erikoisruokia) 2. VAATII SEKÄ KIIINTEÄN ETTÄ NESTEMÄISEN RUOAN MUUTTAMISTA KYETÄKSEEN NIELEMÄÄN TURVALLISESTI (soseutettu ruoka, sakeutettu liemi) 3. YHDISTETTY SUUN KAUTTA NAUTITTAVA JA LETKURAVITSEMUS 4. EI RUOKAA SUUN KAUTTA	0
OSA M. SUUN TERVEYS/HAMPAISTO			
1.	SUUN TERVEYS	(Merkitse kaikki soveltuva) a. Puremisongelmia (esim. huono purenta, jäykkä leuka, kirurginen resektio, alentunut tunto/liikekontrolli, kipu syödessä) b. Suu on ”kuiva” aterioidessa c. Ongelmia hampaiden tai hammasproteesien puhdistamisessa d. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	a. b. c. X d.
OSA N. IHON KUNTO			
1.	IHO-ONGELMAT	Mikä tahansa tila tai muutos ihon kunnossa (esim. palovammat, mustelmat, ihottumat, kutina, syyhy, täit) 0. Ei 1. Kyllä	0
2.	HAAVAUMAT (paine- ja säärihaava)	Aste 1: Krooninen haava missä tahansa keholla. Haavoihin sisältyy mikä tahansa ihoalueen jatkuva punoitus. Aste 2: Osittainen ihokerroksen paksuuden kato. Aste 3: Syviä kraattereita iholla. Aste 4: Haava ulottuu lihakseen tai luuhun. (Jos haavoja ei ole, merkitse ”0”, muuten kirjaa korkein haava-aste (aste 1-4)). a. Painehaava – mikä tahansa ihoon kohdistuneen paineen tai venyttymisen aiheuttama ihorikko, joka on vaurioittanut alla olevaa kudosta b. Säärihaava – huonon alaraajojen verenkierron aiheuttama avohaava	0 0
3.	MUUT HOITOA VAATIVAT IHO-ONGELMAT	(Merkitse kaikki soveltuva) Palovammoja (2. tai 3. asteen) Muita avohaavoja kuin ihottuman tai iskujen aiheuttamat (kuten syöpäleesiöt) Ihorepaleita tai haavoja (muut kuin kirurgiset)	a. Kirurginen haava Liikavarpaat, känsät, rakenteelliset viat, infektiot, sienet EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA d. e. X f.
4.	AIEMMIN PARANTUNEET HAAVAT	Asiakkaalla on/on ollut aiemmin krooninen haavauma jossain keholla 0. Ei 1. Kyllä	0
5.	HAAVAN/ HAAVAUMAN HOITO	(Merkitse virallinen hoito viimeisen 7 vuorokauden aikana) Antibioottihoito, systeeminen tai paikallinen Siteet Kirurginen haavan hoito Muu haavan/haavauman hoito (esim. painetta lievittävä väline, ravinto, kääntäminen, haavan puhdistaminen) EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	a. b. c. d. e. X

OSA O. YMPÄRISTÖN OLOSUhteiden ARVIOINTI		
1.	KOTIYMPÄRISTÖ	<p>Merkitse seuraavista kaikki seikat, jotka tekevät kotiympäristön vaaralliseksi ja kelpaamattomaksi asumiseen. Jos mitään ei ole, merkitse "ei mitään yllä olevista". Jos tilapäisesti laitoksessa, suorita arviointi kotikäynnin perusteella.</p> <p>Valaistus iltaisin (riittämätön tai puuttuva valaistus olohuoneessa, makuuhuoneessa, keittiössä, WC:ssä, käytävillä) a.</p> <p>Lattia ja matot (esim. reikiä lattiassa, sähköjohtoja kulkuteillä, irrallisia mattoja) b.</p> <p>Kylpyhuone ja WC (esim. WC epäkunnossa, vuotavat putket, ei tarvittavia kaiteita, liukas kylpyamme, ulkokäymälä) c.</p> <p>Keittiö (esim. vaarallinen liesi, jääkaappi rikki, rottia, hiiriä tai hyönteisiä kiusana) d.</p> <p>Lämmitys ja ilmastointi (esim. liian kuuma kesällä, liian kylmä talvella, puukamiina astmaatikon kodissa) e.</p> <p>Henkilökohtainen turvallisuus (esim. väkivallan pelko, vaarallista mennä postilaatikoille tai vierailla naapurissa, raskas liikenne kadulla) f.</p> <p>Pääsy kotiin (esim. vaikea tulla/lähteä) g.</p> <p>Pääsy huoneisiin kotona (esim. ei voi kiivetä portaita) h.</p> <p>EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA i. X</p>
2.	ASUMIS-JÄRJESTELYT	<p>a. Verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen), asiakas asuu nyt toisen henkilön kanssa – esim. muuttanut toisen henkilön luo, toinen henkilö muuttanut asiakkaan luo</p> <p style="text-align: center;">0. Ei 1. Kyllä 0</p> <p>b. Asiakkaan tai eniten hoitoon osallistuvan henkilön mielestä asiakkaan olisi parempi olla toisenlaisessa ympäristössä</p> <p style="text-align: center;">0. Ei 1. Vain asiakkaan mielestä 2. Vain hoitajan mielestä 3. Sekä asiakkaan että hoitajan mielestä 2</p>

OSA P. PALVELUJEN KÄYTTÖ (viimeisen 7 vuorokauden aikana)

1.	VIRALLINEN HOITO (Minuutit pyöristetään lähimpään kymmeneen)	<p>Hoidon, hoitotoimintojen tai tuen laajuus viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 7 vuorokautta) sisältäen</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>(A) Päiviä</th> <th>(B) Tunteja</th> <th>(C) Min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7</td> <td>6</td> <td>3 0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Tukipalvelut:</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>j. Ateriapalvelu</td><td> </td></tr> <tr><td>k. Kuljetuspalvelu</td><td> </td></tr> <tr><td>l. Vapaaehtoispalvelu</td><td> </td></tr> <tr><td>m. Siivouspalvelu</td><td> </td></tr> <tr><td>n. Saattajapalvelu</td><td> </td></tr> <tr><td>o. Kylvettäjäpalvelu</td><td> </td></tr> <tr><td>p. Turvapalvelut</td><td> </td></tr> <tr><td>q. Muu</td><td> </td></tr> </tbody> </table>	(A) Päiviä	(B) Tunteja	(C) Min	7	6	3 0	1	3	0																												j. Ateriapalvelu		k. Kuljetuspalvelu		l. Vapaaehtoispalvelu		m. Siivouspalvelu		n. Saattajapalvelu		o. Kylvettäjäpalvelu		p. Turvapalvelut		q. Muu	
(A) Päiviä	(B) Tunteja	(C) Min																																																				
7	6	3 0																																																				
1	3	0																																																				
j. Ateriapalvelu																																																						
k. Kuljetuspalvelu																																																						
l. Vapaaehtoispalvelu																																																						
m. Siivouspalvelu																																																						
n. Saattajapalvelu																																																						
o. Kylvettäjäpalvelu																																																						
p. Turvapalvelut																																																						
q. Muu																																																						
2.	ERIKOISHOIDOT, TERAPIAT, OHJELMAT	<p>Saadut tai suunnitellut erikoishoidot, terapiat ja ohjelmat viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 7 vuorokautta) ja vaaditun aikataulun noudattaminen. Sisältää kotona tai avohoidossa saadut palvelut.</p> <table border="0"> <tr> <td>0. Ei käytössä</td> <td>2. Suunnitelma, jota osittain noudatettu</td> </tr> <tr> <td>1. Suunnitelma, jota täysin noudatettu</td> <td>3. Suunnitelma, ei käytetty</td> </tr> </table> <p>(Jos mitään hoitoja ei ole, merkitse P2aa EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA)</p> <table border="0"> <tr> <td> HENGITYSHOIDOT a. Happi <input type="checkbox"/> b. Respiraattori avustavalla hengityksellä <input type="checkbox"/> c. Muut hengitykseen liittyvät hoidot <input type="checkbox"/> MUUT HOIDOT d. Alkoholin/lääkkeiden vieroitusohjelma <input type="checkbox"/> e. Verensiirto <input type="checkbox"/> f. Kemoterapia <input type="checkbox"/> g. Dialyysi <input type="checkbox"/> h. IV-infuusio - keskuslas-kimokatetri (CVK) <input type="checkbox"/> i. IV-infuusio - perifeerinen <input type="checkbox"/> j. Injektiolääkitys <input type="checkbox"/> k. Avanteen hoito <input type="checkbox"/> l. Sädehoito <input type="checkbox"/> m. Trakeostomian hoito <input type="checkbox"/> TERAPIAT n. Liikuntaterapia <input type="checkbox"/> </td> <td> o. Toimintaterapia <input type="checkbox"/> p. Fysioterapia <input type="checkbox"/> OHJELMAT q. Päivätoiminta <input type="checkbox"/> r. Päiväsairaala <input type="checkbox"/> s. Saattohoito <input type="checkbox"/> t. Lääkärissä tms. käynti <input type="checkbox"/> u. Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi <input type="checkbox"/> u1. Muu lyhytaikaishoito, esim. LAH <input type="checkbox"/> ERITYISTOIMET KOTONA v. Sairaanhoidaja seuraa päivittäin (esim. Ekg, virtsanmittaus) <input type="checkbox"/> w. Sairaanhoidaja seuraa harvemmin kuin päivittäin <input checked="" type="checkbox"/> x. Turvaranneke tai elektroninen turvahälytys <input type="checkbox"/> y. Ihon hoito <input checked="" type="checkbox"/> z. Erikoisruokavalio <input type="checkbox"/> aa. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	0. Ei käytössä	2. Suunnitelma, jota osittain noudatettu	1. Suunnitelma, jota täysin noudatettu	3. Suunnitelma, ei käytetty	HENGITYSHOIDOT a. Happi <input type="checkbox"/> b. Respiraattori avustavalla hengityksellä <input type="checkbox"/> c. Muut hengitykseen liittyvät hoidot <input type="checkbox"/> MUUT HOIDOT d. Alkoholin/lääkkeiden vieroitusohjelma <input type="checkbox"/> e. Verensiirto <input type="checkbox"/> f. Kemoterapia <input type="checkbox"/> g. Dialyysi <input type="checkbox"/> h. IV-infuusio - keskuslas-kimokatetri (CVK) <input type="checkbox"/> i. IV-infuusio - perifeerinen <input type="checkbox"/> j. Injektiolääkitys <input type="checkbox"/> k. Avanteen hoito <input type="checkbox"/> l. Sädehoito <input type="checkbox"/> m. Trakeostomian hoito <input type="checkbox"/> TERAPIAT n. Liikuntaterapia <input type="checkbox"/>	o. Toimintaterapia <input type="checkbox"/> p. Fysioterapia <input type="checkbox"/> OHJELMAT q. Päivätoiminta <input type="checkbox"/> r. Päiväsairaala <input type="checkbox"/> s. Saattohoito <input type="checkbox"/> t. Lääkärissä tms. käynti <input type="checkbox"/> u. Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi <input type="checkbox"/> u1. Muu lyhytaikaishoito, esim. LAH <input type="checkbox"/> ERITYISTOIMET KOTONA v. Sairaanhoidaja seuraa päivittäin (esim. Ekg, virtsanmittaus) <input type="checkbox"/> w. Sairaanhoidaja seuraa harvemmin kuin päivittäin <input checked="" type="checkbox"/> x. Turvaranneke tai elektroninen turvahälytys <input type="checkbox"/> y. Ihon hoito <input checked="" type="checkbox"/> z. Erikoisruokavalio <input type="checkbox"/> aa. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/>																																														
0. Ei käytössä	2. Suunnitelma, jota osittain noudatettu																																																					
1. Suunnitelma, jota täysin noudatettu	3. Suunnitelma, ei käytetty																																																					
HENGITYSHOIDOT a. Happi <input type="checkbox"/> b. Respiraattori avustavalla hengityksellä <input type="checkbox"/> c. Muut hengitykseen liittyvät hoidot <input type="checkbox"/> MUUT HOIDOT d. Alkoholin/lääkkeiden vieroitusohjelma <input type="checkbox"/> e. Verensiirto <input type="checkbox"/> f. Kemoterapia <input type="checkbox"/> g. Dialyysi <input type="checkbox"/> h. IV-infuusio - keskuslas-kimokatetri (CVK) <input type="checkbox"/> i. IV-infuusio - perifeerinen <input type="checkbox"/> j. Injektiolääkitys <input type="checkbox"/> k. Avanteen hoito <input type="checkbox"/> l. Sädehoito <input type="checkbox"/> m. Trakeostomian hoito <input type="checkbox"/> TERAPIAT n. Liikuntaterapia <input type="checkbox"/>	o. Toimintaterapia <input type="checkbox"/> p. Fysioterapia <input type="checkbox"/> OHJELMAT q. Päivätoiminta <input type="checkbox"/> r. Päiväsairaala <input type="checkbox"/> s. Saattohoito <input type="checkbox"/> t. Lääkärissä tms. käynti <input type="checkbox"/> u. Lyhytaikaishoito omaisen levon vuoksi <input type="checkbox"/> u1. Muu lyhytaikaishoito, esim. LAH <input type="checkbox"/> ERITYISTOIMET KOTONA v. Sairaanhoidaja seuraa päivittäin (esim. Ekg, virtsanmittaus) <input type="checkbox"/> w. Sairaanhoidaja seuraa harvemmin kuin päivittäin <input checked="" type="checkbox"/> x. Turvaranneke tai elektroninen turvahälytys <input type="checkbox"/> y. Ihon hoito <input checked="" type="checkbox"/> z. Erikoisruokavalio <input type="checkbox"/> aa. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/>																																																					

3.	ERIKOIS-HOITOVÄLINEIDEN KÄYTTÖ (Viimeisen 3 vuorokauden aikana)	Käyttööä kuvaavat koodit: 0. Ei käyttänyt 1. Käytteli itse 2. Käsitteli itse, jos laitettu esille tai muistutettiin 3. Muut käsittelivät osittain 4. Muut käsittelivät täysin											
		a. Happi	0	c. Katetri	0								
		b. IV	0	d. Avanne	0								
4.	LÄÄKÄRISSÄ/SAIRAALASSA KÄYNNIT VIIMEISEN 90 VUOROKAUDEN AIKANA TAI VIIMEISEN ARVIOINNIN JÄLKEEN	Merkitse käyntien lukumäärä, merkitse "9", jos käyntejä enemmän kuin 9 ja merkitse "0", jos käyntejä ei ole. a. Niiden SAIRAALASSA KÄYNTIEN lukumäärä, jolloin ollut sairaalassa yön yli 0 b. Niiden PÄIVYSTYSPOLIKLINIKKAKÄYNTIEN lukumäärä, jolloin ei ole viipynyt yön yli sairaalassa 1 c. ÄKILLINEN HOITO – sisältää suunnittelemattomat hoitajan, lääkärin tai terapeutin käynnit vastaanotolla tai kotona 0											
5.	HOIDON TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMINEN	Mikä tahansa tavoite, joka saavutettu viimeisen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) 0. Ei 1. Kyllä 1											
6.	YLEINEN MUUTOS HOIDON TARPEESSA	Yleinen omatoimisuus on muuttunut merkittävästi verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) 0. Ei muutosta 1. Parantunut – saa vähemmän tukea 2. Huonontunut – saa enemmän tukea 3. Huonontunut – tuki ennallaan 2											
7.	HOIDOSTA JA PERUSTARPEISTA TINKIMINEN	Rahan puutteen vuoksi, viimeisen kuukauden aikana, asiakas joutui valitsemaan joidenkin seuraavien hankintojen kesken: määrätty lääkitys, riittävä lämmitys, tarvittava lääkärin hoito, asiallinen ravinto, kotihoito 0. Ei 1. Kyllä 0											
OSA Q. LÄÄKITYS													
1.	LÄÄKKEIDEN LUKUMÄÄRÄ	Kirjaa erilaisten säännöllisesti tai tilapäisesti otettujen lääkkeiden lukumäärä (reseptilääkkeet, käsikauppalääkkeet), mukaan lukien silmätipat viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen). Kirjaa "0", jos lääkkeitä ei ole ja "9", jos lääkkeitä enemmän kuin 9. 6											
2.	PSYYKEN LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ	Käytetty psyyken lääkitys viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen) (HUOM. Tarkista asiakkaan lääkitys alla olevan listan mukaan) 0. Ei 1. Kyllä <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">a. Antipsykootti/neurolepti</td> <td style="width:10%; text-align: center;">0</td> <td style="width:50%; text-align: center;">c. Antidepressantti</td> <td style="width:10%; text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">b. Anksiolyytti</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">d. Unilääke</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table>				a. Antipsykootti/neurolepti	0	c. Antidepressantti	0	b. Anksiolyytti	0	d. Unilääke	0
a. Antipsykootti/neurolepti	0	c. Antidepressantti	0										
b. Anksiolyytti	0	d. Unilääke	0										
3.	LÄÄKE-TIETEELLINEN SEURANTA	Lääkäri on tarkistanut asiakkaan lääkityksen kokonaisuudessaan viimeisen 180 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen) 0. Asiakas on keskustellut vähintään yhden lääkärin kanssa (tai asiakkaalla ei ole lääkitystä) 1. Lääkäri ei ole tarkistanut asiakkaan lääkitystä kokonaisuudessaan 0											

4.	HOITO-MYÖNTYVYYS	<p>Noudattaa koko ajan tai enimmäkseen lääkärin määräämiä lääkityksiä viimeisen 7 vuorokauden aikana (sekä hoitokäyntien aikana että niiden välillä)</p> <p>0. Noudattaa aina</p> <p>1. Noudattaa 80 % ajasta tai enemmän</p> <p>2. Noudattaa vähemmän kuin 80 % ajasta, mukaan lukien vaikeudet hankkia määrättyjä lääkkeitä</p> <p>3. EI MÄÄRÄTTYJÄ LÄÄKITYKSIÄ</p>	0																																																
5.	LISTA KAIKISTA LÄÄKKEISTÄ	<p>Listaa määrättyt ja käsikauppaläkkeet, joita ottanut viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen)</p> <p>a. Lääkkeen nimi, vahvuus ja annostus - merkitse lääkkeen nimi, vahvuus ja määrätty annostus</p> <p>b. Antotapa - merkitse antotapa seuraavasta listasta:</p> <p>1) Suun kautta (PO) 5) Ihon alle (SC) 8) Inhalaationa 2) Kielen alle (SL) 6) Rektaalisesti (RECT) 9) Nenämahaletku 3) Lihakseen (IM) 7) Paikallisesti (sisältää silmätipat ja voiteet) 10) Muu 4) Laskimoon (IV)</p> <p>c. Otettujen lääkkeiden kappalemäärä - merkitse annettujen lääkkeiden määrä jokaisella antokerralla</p> <p>d. Antokerrat - merkitse päivittäisen, viikoittaisen tai kuukausittaisen lääkkeen antokertojen määrät alla olevan listan mukaan:</p> <table border="0"> <tr> <td>TARV</td> <td>Tarvittaessa</td> <td>j.2.pv</td> <td>joka toinen päivä</td> </tr> <tr> <td>j.t.</td> <td>joka tunti</td> <td>x 1/vk</td> <td>kerran viikossa</td> </tr> <tr> <td>j.2.t.</td> <td>joka toinen tunti</td> <td>x 2/vk</td> <td>kaksi kertaa viikossa</td> </tr> <tr> <td>j.3.t.</td> <td>joka kolmas tunti</td> <td>x 3/vk</td> <td>kolme kertaa viikossa</td> </tr> <tr> <td>j.4.t.</td> <td>joka neljäs tunti</td> <td>x 4/vk</td> <td>neljä kertaa viikossa</td> </tr> <tr> <td>j.6.t.</td> <td>joka kuudes tunti</td> <td>x 5/vk</td> <td>viisi kertaa viikossa</td> </tr> <tr> <td>j.8.t.</td> <td>joka kahdeksas tunti</td> <td>x 6/vk</td> <td>kuusi kertaa viikossa</td> </tr> <tr> <td>x 1</td> <td>kerran päivässä</td> <td>x 1/kk</td> <td>kerran kuukaudessa</td> </tr> <tr> <td>x 2</td> <td>kahdesti päivässä</td> <td>x 2/kk</td> <td>kaksi kertaa kuukaudessa</td> </tr> <tr> <td>x 3</td> <td>kolmesti päivässä</td> <td>JATK</td> <td>jatkuva</td> </tr> <tr> <td>x 4</td> <td>neljästi päivässä</td> <td>M</td> <td>muu</td> </tr> <tr> <td>x 5</td> <td>viidesti päivässä</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	TARV	Tarvittaessa	j.2.pv	joka toinen päivä	j.t.	joka tunti	x 1/vk	kerran viikossa	j.2.t.	joka toinen tunti	x 2/vk	kaksi kertaa viikossa	j.3.t.	joka kolmas tunti	x 3/vk	kolme kertaa viikossa	j.4.t.	joka neljäs tunti	x 4/vk	neljä kertaa viikossa	j.6.t.	joka kuudes tunti	x 5/vk	viisi kertaa viikossa	j.8.t.	joka kahdeksas tunti	x 6/vk	kuusi kertaa viikossa	x 1	kerran päivässä	x 1/kk	kerran kuukaudessa	x 2	kahdesti päivässä	x 2/kk	kaksi kertaa kuukaudessa	x 3	kolmesti päivässä	JATK	jatkuva	x 4	neljästi päivässä	M	muu	x 5	viidesti päivässä			
TARV	Tarvittaessa	j.2.pv	joka toinen päivä																																																
j.t.	joka tunti	x 1/vk	kerran viikossa																																																
j.2.t.	joka toinen tunti	x 2/vk	kaksi kertaa viikossa																																																
j.3.t.	joka kolmas tunti	x 3/vk	kolme kertaa viikossa																																																
j.4.t.	joka neljäs tunti	x 4/vk	neljä kertaa viikossa																																																
j.6.t.	joka kuudes tunti	x 5/vk	viisi kertaa viikossa																																																
j.8.t.	joka kahdeksas tunti	x 6/vk	kuusi kertaa viikossa																																																
x 1	kerran päivässä	x 1/kk	kerran kuukaudessa																																																
x 2	kahdesti päivässä	x 2/kk	kaksi kertaa kuukaudessa																																																
x 3	kolmesti päivässä	JATK	jatkuva																																																
x 4	neljästi päivässä	M	muu																																																
x 5	viidesti päivässä																																																		

a. Lääkkeen nimi, vahvuus ja annostus	b. Antotapa	c. Määrä (kpl)	d. Antokerrat
a. Pradaxa 150 mg	p.o	1	x2
b. Nitrosid 10 mg	p.o	1	x2
c. Tamofen 20 mg	p.o	1	x1
d. Panadol 1 g	p.o	1	x3
e. Bisoprolol 5 mg	p.o	1	x1
f. MiniSun 20 µg	p.o	2	x1
g.			
h.			
i.			
j.			
k.			

OSA R. TIETOJA ARVIOINNISTA

1.	OSALLISTUMINEN ARVIOINTIIN	Merkitse kaikki ne henkilöt, jotka osallistuivat arviointiin. 0. Ei 1. Kyllä 2. Ei ole									
		a. Asiakas	1								
		b. Tärkeä(t) hoitoon osallistuva(t) henkilö(t)	1								
		c. Omainen/perhe	0								
		d. Kotisairaanhoido	1								
		e. Kotipalvelu	1								
		f. Muu tärkeä henkilö, kuka _____	0								
2.	ARVIOINNISTA VASTAAVA	a. Arvioinnista vastaavan nimi Lähihoitaja Kielo Kietäväinen									
		b. Päivämäärä, jolloin arviointi valmis <table border="1" data-bbox="550 896 1045 952"> <tr> <td>2</td><td>6</td> <td>0</td><td>4</td> <td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td> </tr> </table> <div data-bbox="550 952 1045 996"> Päivä Kk Vuosi </div>		2	6	0	4	2	0	2	1
2	6	0	4	2	0	2	1				