



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 kehoteta.

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

OSA CC. SISÄÄNKIRJAUSTA KOSKEVAT TIEDOT

1.	TULO- PÄIVÄMÄÄRÄ KOTIHOITOON	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>0</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>8</td></tr> </table> <p style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">Päivä Kk Vuosi</p>	0	9	0	1	2	0	1	8							
0	9																
0	1																
2	0																
1	8																
2.	KOTIHOITO- ASIAKKUUDEN SYY	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotiutunut sairaalasta 2. Pitkääikainen kotisairaanhoidon/kotipalvelun tarve, lisähoidon ja/tai palvelujen tarpeen arvointi 3. Tarkoitukseenmukaisen hoitopaikan arvointi 4. Arvointi kotihoidon piiriin ottamisesta 5. Päivähoito (päivätoiminta) 6. Muu 	2														
3.	[HOIDON TÄRKOTUS, ei käytössä Suomessa]	<p>(Kirjaa, ymmärtääkö asiakas/perhe hoidon tavoitteet)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">0. Ei</td> <td style="width: 50%;">1. Kyllä</td> </tr> <tr><td colspan="2">a. Sairaankoitoa vaativat toimenpiteet</td></tr> <tr><td colspan="2">b. Kliinisten komplikaatioiden ehkäisy</td></tr> <tr><td colspan="2">c. Kuntoutus</td></tr> <tr><td colspan="2">d. Asiakkaan/perheen ohjaus</td></tr> <tr><td colspan="2">e. Perheen lepo/loma</td></tr> <tr><td colspan="2">f. Palliatiivinen hoito</td></tr> </table>	0. Ei	1. Kyllä	a. Sairaankoitoa vaativat toimenpiteet		b. Kliinisten komplikaatioiden ehkäisy		c. Kuntoutus		d. Asiakkaan/perheen ohjaus		e. Perheen lepo/loma		f. Palliatiivinen hoito		
0. Ei	1. Kyllä																
a. Sairaankoitoa vaativat toimenpiteet																	
b. Kliinisten komplikaatioiden ehkäisy																	
c. Kuntoutus																	
d. Asiakkaan/perheen ohjaus																	
e. Perheen lepo/loma																	
f. Palliatiivinen hoito																	
4.	AIKA VIIMEISESTÄ SAIRAALASSA- OLOSTA	<p>(Kirjaa viimeisin sairaalassaolo 180 vuorokauden sisällä)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotona, ilman kotihoitolaitelaitoja 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	<ol style="list-style-type: none"> 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.	AIKASEMPI PITKÄAIKAI- HOITO	Asunut pitkääikaisuudessa joko pitkäaikaisuuden ajanjakson viiden edeltävän vuoden aikana	0														
8.	AIKASEMPI ASUMINEN	Muuttanut nykyiseen asuntoon kahden viime vuoden aikana	0														

OSA A. ARVIOINTITIEDOT

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.	PÄIMITTÄSIIN PÄÄTÖKSIIIN LIITTYVÄT KOGNITIIVISET TAIDOT	<p>a. Miten hyvin asiakas ratkaisi päivittäisen elämän järjestämisen (kuten milloin nousta ylös tai syödä, mitä vaatteita käyttää tai mitä puuhata)</p> <p>0. ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - ratkaisut johdonmukaisia/järkeviä/turvallisia</p> <p>1. ITSENÄINEN PÄÄTÖKSENTEKOKYKY USEIMMITEEN - ainoastaan uusissa tilanteissa oli vähän vaikeuksia</p> <p>2. VÄHÄN HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - joissakin tilanteissa päättökset epäsuotuisia tai vaarallisia, jolloin tarvitsee vihjeitä/ohjausta</p> <p>3. KOHTALAIESTI HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - useimmissa tilanteissa päättökset epäsuotuisia ja/tai vaarallisia, jolloin tarvitsee vihjeitä/ohjausta</p> <p>4. MERKITTÄVÄSTI HEIKENTYNYT PÄÄTÖKSENTEKOKYKY - ei tehnyt päättöksiä koskaan/miltei koskaan</p>		
		b.	Päättösentekokyyn huononeminen verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)	1
		0.	Ei	1. Kyllä
3.	ÄKILLISEN SEKAVUUDEN MERKIT	<p>a. Äkillinen tai uusi tilanne/muutos henkisissä toiminnossa viimeisen 7 vuorokauden aikana (huomion kohdistaminen, tietoisuus ympäristöstä tai johdonmukaisuus vaihtelevat ennustamattomasti päivän mittaan)</p> <p>0. Ei</p> <p>1. Kyllä</p>		
		b.	Viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana (tai viimeksi tehdyt 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 suojeleua	0
		0.	Ei	1. Kyllä

OSA C. KOMMUNIKAATIO/KUULO

1.	KUULO	(kuulolaitteen kanssa, jos käytössä)	
		0. RIITTÄVÄ KUULO - kuulee normaalia puhetta, TV:tä, puhelimesta kuuluva puhetta, ovikellon 1. LIEVIÄ VAIKEUKSIA - muualla kuin hiljaisessa ympäristössä 2. KUULEE VAIN ERITYISTILANTEISSA - puhuttava selkeästi, änen 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 vaikeuksitta 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 (Kästyskyky)	(Ymmärtää sanallisesti välitettyä tietoa - millä tahansa tavalla)	
		0. YMMÄRTÄÄ - ymmärtää selvästi 1. YMMÄRTÄÄ YLEENSÄ - viestin jokin osa/tarkoitus voi jäädä ymmärtämättä MUTTA ymmärtää enimmän 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 tarkoitukseenmukaisesti yksinkertaiseen, suoraan viestintään 4. YMMÄRTÄÄ HARVOIN / EI KOSKAAN	1
4.	KOMMUNIKAATIO-KYVYN HUONONEMINEN	Kommuniikaatiokyvyn (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 kirjateksti 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 - sokeaa tai näkee vain valoa, värejä tai muotoja, eikä näytä seuraavan katseellaan esineitä	0
2.	NÄKÖÖN LIITTYVÄT VAIKEUDET/RAJOITUKSET	Näkee sädekehän tai renkaita valon ympäällä, "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	(Kirjaa havainnot välittämättä oletetusta syystä)
		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
	a. SURULLISUUDEN TAI MASENNUKSEN TUNNE	- esim. "elämä ei ole elämisen arvoista; millään ei ole mitään väliä; olisi parempi olla kuollut" <input type="checkbox"/> 0
	b. JATKUVA OMAAN ITSEEN TAI MUIIHIN KOHDISTUVA KIUKKU	- esim. asiakas ärsyyntyy helposti tai suuttuu saadusta hoidosta <input type="checkbox"/> 0
	c. EPÄREALISTISELTÄ VAIKUTTAVAN PELON ILMAISUJA	- esim. hylätyksiä tulemisesta, yksinjäädämisestä tai muiden kanssa olemisen pelosta <input type="checkbox"/> 0
	d. TERVEYTEEN LIITTYVÄT TOISTUVAT VALITUKSET	- esim. etsii itsepintaisesti lääketieteellistä huomiota, tarkkailee pakonomaisesti ruumiintoimintojaan <input type="checkbox"/> 0
	e. TOISTUVAT AHDISTUNEET VALITUKSET/HUOLET	- esim. toistuva huomionherättämisen tarve/tarvitsee vakuuttelua aikatauluista/arterioista/pyykistä/vaatteista/ihmissuhteista <input type="checkbox"/> 0
	f. MURHEELLINEN, KIVULIAS, HUOLESTUNUT KASVOJEN ILME	- kuten otsa rypässä <input type="checkbox"/> 1
	g. TOISTUVA ITKESKELY, KYYNELEHTIMINEN	<input type="checkbox"/> 0
	h. VETÄYTYY AKTIVITEETISTAAN	- ei osoita kiinnostusta pitkäjänteisiin aktiiviteeteihin tai seurusteluun perheen/ystävien kanssa <input type="checkbox"/> 1
	i. VÄHENTYNYT SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN	<input type="checkbox"/> 1
2.	MIELIALAN HUONONEMINEN	Mieliala on huonontunut verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)
		0. Ei <input type="checkbox"/> 0 1. Kyllä <input type="checkbox"/> 0
3.	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVÄT OIREET	Tapaukset, jolloin asiakkaalla esiintyi käytösoreita. JOS oireita oli, niiden lievittämisen helpous.
		0. Ei oireita viimeisen 3 vuorokauden aikana 1. Käytösoreita oli, helposti lievitettäväissä 2. Käytösoreita oli, eivät ole helposti lievitettäväissä
	a. VAELELU	- Kuljeskellut ilman järkevää syytä, ei ole ilmeisesti tietoinen tarpeistaan tai turvallisuudestaan <input type="checkbox"/> 0
	b. KARKEA, UHKAAVA KIELENKÄYTÖ	- Uhkaillut, kiljunut ja kiroillut muille <input type="checkbox"/> 0
	c. FYYSINEN PAHOINPITELY	- Lyönyt, töninyt, raapinut, lähennellyt muita <input type="checkbox"/> 0
	d. SOSIAALISESTI SOPIMATON, HÄIRITSEVÄ KÄYTTÄYTYMINEN	- Äännellyt häiritsevästi, ollut meluisa, kiljunut, vahingoittanut itseään, ollut seksuaalista häiriökäytäytymistä tai riisutumista julkisesti, sotkenut tai heitellyt ruokaa/ulosteita, penkonut muiden tavaroita, toistuvia käytösmalleja, nousee aikaisin aiheuttamaan häiriötä <input type="checkbox"/> 0
	e. KIELTEINEN SUHTAUTUMINEN HOITOON	- Vastustee lääkkeiden/pistosten antoa, päävittäisiin toimintoihin liittyvä apua, syömistä tai asennon vaihtoa <input type="checkbox"/> 0
4.	KÄYTTÄYTYMISEEN LIITTYVIEN OIREIDEN MUUTOS	Käytösoreet ovat vaikeutuneet tai perhe sietää niitä huonommin verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)
		0. Ei tai ei muutoksia käytösoreissa <input type="checkbox"/> 1. Kyllä <input type="checkbox"/> 0

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>b. Ilmaisee avoimesti ristiriitaa tai vihaa ystävien tai perheen suhteeseen</p> <p>0. Ei 1. Kyllä</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 15px; height: 15px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: 15px; height: 15px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">0</div>
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>	
3. ERISTYMINEN	<p>a. Miten kauan asiakas on yksin päivän mittaan (aamu- ja iltapäivisin)</p> <p>0. Ei juuri lainkaan 2. Pidemmän ajanjakson - esim. koko aamupäivän 1. Noin tunnin verran 3. Koko ajan</p> <p>b. Asiakas ilmaisee tai viittaa tuntevansa itsensä yksinäiseksi</p> <p>0. Ei 1. Kyllä</p>	

OSA G. OMAISTEN JA LÄHEISTEN MUODOSTAMA TUKIJÄRJESTELMÄ

1.	KAKSI ENITEN HOITOON OSALLISTUVAA HENKILÖÄ (omainen/läheinen)	KIRJAA KAHDEN ENITEN HOITOON OSALLISTUVAN NIMET (Saa joko omaishoidon tukea tai ei)				
		(A) Eniten hoitoon osallistuva henkilö Meikäläinen 0. Ei, siirry 1. Kyllä a. Sukunimi _____ osaan H b. Etunimi Risto				
		(B) Toiseksi eniten hoitoon osallistuva henkilö 0. Ei 1. Kyllä c. Sukunimi -- d. Etunimi --				
					(A)	(B)
					Eniten	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	
		Auttamisalueet 0. Kyllä 1. Ei				
		g. Neuvot tai henkinen tuki h. IADL-apu 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 k. IADL-apu l. ADL-apu			2			
			2			
(Merkitse kaikki soveltuva(t))						
a. Hoitaja(t) ei(vät) kykene jatkamaan hoitotoimintaansa - esim. hoitajan terveydentilan huononeminen vaikeuttaa hoitamista b. Eniten osallistuva hoitaja on tyttymätön asiakkaan perheeltä ja ystäviltä saamaansa tukeen (esim. multa asiakkaan lapsilta) c. Eniten osallistuvalla hoitajalla ilmenee rasituksen, vihan tai masennuksen tunteita d. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA			a. b. c. d. X			
Saanut viimeisen 7 vuorokauden aikana IADL- ja ADL-apua päivittäisissä toiminnossa henkilöltä (omainen, ystävä, naapuri), joka ei saa omaishoidon tukea			TUNTIA			
a. Aika viikon viitenä arkipäivänä			0	0		
b. Aika viikonloppuna			0	3		
Saanut viimeisen 7 vuorokauden aikana IADL- ja ADL-apua päivittäisissä toiminnossa henkilöltä, joka saa omaishoidon tukea			TUNTIA			
c. Aika viikon viitenä arkipäivänä						
d. Aika viikonloppuna						

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 LIITTYVÄT PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN (IADL) SUORITUSKYKY	<p>Kirjaa asiakkaan suoriutuminen tavanomaisissa toiminnissa 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 aktiiviteetista 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) 		
			(A)	(B)
			suoriutuminen	vaikeudet
		a. ATERIOIDEN VALMISTAMINEN - (esim. aterioiden suunnittelu, kypsentäminen, 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, injektioiden otto, voiteiden levittäminen)	2	1
		e. PUHELIMEN KÄYTTÖ - puhelujen soittaminen tai vastaanottaminen (numeroiden suurenneslevyt, 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 kävelymatkkaa pidemmälle)	8	2
2.	PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN (ADL) SUORITUSKYKY	<p>Seuraavassa arvioidaan asiakkaan fyysisä toimintakykyä tavanomaisissa henkilökohtaisissa toiminnissa, kuten pukeutumisessa, syömisessä jne. viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana, mukaan lukien kaikki tapahtumat. Selvitä itsenäisesti suoriutuneiden kohdalla, oliko muita henkilötä kannustamassa toimintaan tai läsnä valvomassa tai neuvomassa (<i>Huomaa - kylpemisessä kirjaa eniten apua vaatinut tapahtuma viimeisen 7 vuorokauden ajalta</i>)</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.	PÄIVITÄISTEN 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 fyysisä apua annettu vain 1-2 kertaa (yhteensä kolme tai useampi auttamis- tai ohjaustapahtumakerta)</p> <p>3. TARVITSEE RAJOITETUSTI APUA – Teki itse paljon; saanut fyysisä apua raajojen ohjattuna liikkutteluna 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 (fyysisä apua yhteensä kolmesti tai useammin)</p> <p>4. TARVITSEE RUNSAASTI APUA – Teki osan itse (50 % tai enemmän osatoiminoista), mutta sai apua 3 kertaa tai useammin seuraavissa toimissa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tukea painon kannattelussa TAI - sai toisen henkilön täyden avun osan aikaa (mutta ei koko ajan) viimeisen 3 vuorokauden aikana <p>5. TARVITSEE SUURIMMAN MAHDOLLISEN AVUN – Asiakas osallistui ja suoritti loppuun vähemmän kuin 50 % osatoiminoista (sisältäen kahden tai useamman henkilön avun); sai painon kannatteluapua tai täyden avun tietyissä osatoiminoissa 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, käänymisen 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 letkuravitsemus 4</p> <p>h. WC:N KÄYTTÖ - WC:n, urinaalin tai portatiivin käyttökyky. Siirtyminen wc:hen ja sieltä pois, siistiityminen WC-käynnin yhteydessä tai pidätyskyvyn pettäessä, vaipan vaihto, vaadittavien erikoisvälineiden käsittely (avanne tai katetri) ja vaatteiden kohennus 3</p> <p>i. HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA - hiusten kampaus, hampaiden pesu, parranajo, ehostaminen, kasvojen ja käsienvpesu ja kuivaus (älä kirjaa kylpyä tai suihkua) 3</p> <p>j. KYLPEMINEN - Miten asiakas käy kylvyyssä/suihkussa tai pesee koko vartalon esim. sienellä (älä kirjaa tukan- ja selän pesua). Sisältää sen, miten asiakas pesee kehon eri osat: käsivarret, jalat, rinnan, vatsan ja alapesun. Kirjaan eniten apua vaatinut tapahtuma viimeisten 7 vuorokauden ajalta. 5</p>

3.	PÄIVITTÄISTEN TOIMINTOJEN SUORITUSKYKY HUONONTUNUT	Päivittäisten toimintojen suorituskyky 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.	LIJKKUMISMUODOT JA APUVÄLINEET	0. Ei apuvälineitä 3. Skootteri (motorisoitu tuoli, kärry) 1. Keppi 4. Pyörätuoli (myös motorisoitu) 2. Sauvat/kelkka/rollaattori 8. Toimintoa ei tapahtunut	a. Sisätiloissa b. Ulkotiloissa	2 8
5.	PORAISSA KULKEMINEN	Miten asiakas nousi ja laskeutui portaita viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana (yksi tai useampi porras, käytäen 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 2. Kerran viikossa 1. 2-6 päivänä 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 KOHENTAMIS-MAHDOLLISUUDET	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.	VIRTSAN-PIDÄTYSKYKY	a. Virtsarakon hallinta viimeisen 7 vuorokauden aikana (käsittää myös katetrin tai inkontinenessiohjelman) (Huom. jos esiintyy tiputtelua, ei kuitenkaan alushousujen läpi) 0. PIDÄTYSKYKYINEN — Täysi hallinta, ei käytä katetria tai muuta virtsankeräysapuvälinettä 1. PIDÄTYSKYKYINEN KATETRIN AVULLA — Täysi hallinta käytäen katetria tai muuta virtsankeräysapuvälinettä, joka ei vuoda 2. PIDÄTYSKYKYINEN YLEENSÄ — Pidätyskyvytön korkeintaan kerran viikossa tai harvemmin 3. PIDÄTYSKYVYTÖN TOISINAAN — Pidätyskyvytön kahdesti viikossa tai useammin, mutta ei päivittäin 4. PIDÄTYSKYVYTÖN USEIN — Taipumus päivittäiseen pidätyskyvyttömyyteen, mutta hallintakykyä on vielä jonkin verran jäljellä 5. PIDÄTYSKYVYTÖN — Ei rakon hallintaa, useita virtsankarkailuja päivittäin 8. TOIMINTOA EI TAPAHTUNUT — Ei virtsaneritystä rakosta b. Virtsanpidätyskyky on huonontunut verrattuna tilanteeseen 90 vuorokautta sitten (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)	4 1	
		0. Ei 1. Kyllä		

2.	APUVÄLINEET	(Kirjaa kaikki viimeksi kuluneen 7 vuorokauden aikana paikkansapitävä)	
		<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="531 206 1112 224">a. Vaipat tai pikkuhousunsuoja kastelusuojana <li data-bbox="531 231 685 249">b. Katetri <li data-bbox="531 253 931 271">c. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA 	a. <input checked="" type="checkbox"/> X b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/>
3.	ULOSTEEN- PIDÄTYSKYKY	Suolentoiminnan hallinta apuvälinein tai koulutusohjelmin, jos sellainen on käytössä, viimeksi kuluneen 7 vuorokauden aikana	3

OSA J. DIAGNOOSIT

	<p>Onko asiakkaalla lääkärin toteama sairaus tai infektio, joka vaikuttaa hänen nykyiseen tilaan ja vaatii lääke- tai oireenmukaista hoitoa. Kirjaa myös ne sairaudet, joita hoitohenkilökunta seuraa ja jotka ovat olleet sairaalaan lähetettämisestä syynä viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ei tällä hetkellä 1. On tällä hetkellä, mutta ei vaadi hoitoa tai seurantaa 2. On tällä hetkellä, kotisairaankoito hoitaa tai seuraa <p>(Jos asiakkaalla ei ole mitään alla luetelluista diagnooseista, merkitse J1ac, Ei mitään yllä olevista)</p>		
1.	SAIRAUDET <ul style="list-style-type: none"> SYDÄN/VERENKIERTO <ul style="list-style-type: none"> a. Aivohalvaus b. Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta c. Sepelvalltimotauti d. Verenpainetauti e. Sydämen rytmihäiriöt, epäsäännöllinen pulssi f. Alaraajojen verenkierron häiriö NEUROLOGIA <ul style="list-style-type: none"> g. Alzheimerin tauti h. Muu dementia kuin Alzheimerin tauti i. Pään vamma j. Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaus/heikkous) k. Multippeli skleroosi l. Parkinsonin tauti MUSKULOSKELETAALITAUDIT <ul style="list-style-type: none"> m. Artriitti n. Lonkkamurtuma o. Muut murtumat (esim. ranne) p. Osteoporosi (luukkato) AISTIT <ul style="list-style-type: none"> q. Katarakta (harmaakaihi) r. Glaukooma (viherkaihi, silmänpainetauti) PSYKIATRIA/MIELIALA <ul style="list-style-type: none"> s. Mikä tahansa psykiatrinen diagnoosi INFEKTIOT <ul style="list-style-type: none"> t. HIV u. Pneumonia (keuhkokuume) v. Tuberkuloosi w. Virtsatieinfektio (viimeisen 30 päivän aikana) MUUT SAIRAUDET <ul style="list-style-type: none"> x. Syöpä (viiden viimeksi kuluunen vuoden aikana) - ei sisällä ihosyöpää y. Diabetes z. Emfyseema/COPD/astma aa. Munuaisen vajaatoiminta ab. Kilpirauhassen sairaus (liikatai vajaatoiminta) ac. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA 		
2.	MUITA AJANKOHTAISIA TAI TARKEMPIA DIAGNOSEJA JA ICD-10 KOODEJA		

OSA K. TERVEYDENTILA JA EHKÄISEVÄ TERVEYDENHOITO

1.	EHKÄISEVÄ TERVEYDENHOITO (VIIMEKSI KULUNEEN KAHDEN VUODEN AIKANA)	(Kirjaa kaikki paikkansapitävä viimeksi kuluneen kahden vuoden ajalta)	<input checked="" type="checkbox"/> a. <input checked="" type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input checked="" type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e.
		Mitattu verenpaine Saanut influenssarokotuksen Testattu ulosten veri tai tehty seulontaendoskopia Naisilla: Rinnat tutkittu tai tehty mammografia EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	
2.	TERVEYDENTILAA KOSKEVIA ONGELMIA, JOTKA ESIINTYNEET KAHDEN TAI USEAMMAN VUOROKAUDEN AJAN	(Merkitse kaikki, jotka esiintyneet vähintään kahtena viimeksi kuluneesta kolmesta vuorokaudesta)	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f.
		Ripuli Vaikeuksia virtsata tai virtsaa kolmesti tai useammin yöllä Kuume	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f.
3.	TERVEYDENTILAA KOSKEVIA ONGELMIA	(Merkitse kaikki milloin tahansa esiintyneet ongelmat viimeisen 3 vuorokauden aikana)	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input checked="" type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h.
		FYYSINEN TERVEYS Rintakipua/paineen tunnetta levossa tai rasituksesta Ei suolen toimintaa kolmeen päivään Huimausta tai pyörrytystä Turvotusta	<input type="checkbox"/> a. <input type="checkbox"/> b. <input checked="" type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h.
4.	KIPU	<p>a. Asiakkaan valittaman tai ilmaiseman kivun esiintymistiehys</p> <p>0. Ei kipuja (kohdat b -e "0") 2. Kipuja päivittäin - kerran 1. Kipuja harvemmin kuin päivittäin 3. Kipuja päivittäin - useita kertoja</p> <p>b. Kivun voimakkuus</p> <p>0. Ei kipua 3. Kova kipu 1. Lievä kipu 4. Ajoittain sietämätön kipu 2. Kohtalainen kipu</p> <p>c. Asiakkaan mielestä kivun voimakkuus häiritsee päivittäisiä toimintoja</p> <p>0. Ei 1. Kyllä</p> <p>d. Kivun luonne</p> <p>0. Ei kipuja 1. Kipuja vain yhdessä paikassa 2. Kipuja useassa paikassa</p> <p>e. Asiakkaan mielestä lääkkeet hillitsevät riittävästi kipua</p> <p>0. Kyllä tai ei kipuja 1. Lääke ei hillitse riittävästi kipuja 2. Kipuja, ei ole ottanut lääkettä</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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".	<input type="checkbox"/> 0
6.	KAATUMISEN UHKA	(Kirjaa kaatumisen uhka)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1
		0. Ei 1. Kyllä	
		a. Epävarma kävely	
		b. Asiakas rajoittaa ulos menemistä kaatumisen pelossa (esim. lakkannut käyttämästä bussia, menee ulos vain muiden kanssa)	

7.	ELÄMÄNTAVAT (Alkoholin käyttö ja tupakointi)	(Kirjaa alkoholin käyttö ja tupakoiminen) 0. Ei 1. Kyllä
		a. <i>Viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana</i> (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 <input type="checkbox"/> 0
		b. <i>Viimeksi kuluneen 90 vuorokauden aikana</i> (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 90 vuorokautta) asiakkaan oli otettava alkoholia ensimmäiseksi aamulla rauhoittaakseen hermojaan ("krapularyyppi") tai hänen lääkäri oli ongelmia alkoholin vuoksi <input type="checkbox"/> 0
		c. Tupakoi tai käytti purutupakkaa/nuuskaa päivittäin <input type="checkbox"/> 0
8.	TERVEYDENTILAN KUVAAJAT	(Merkitse kaikki soveltuvat kohdat) Asiakas pitää terveydentilaansa huonona (kysytäessä) Asiakkaan terveydentila tai sairaudet tekevät asiakkaan kognitiivisen kyvyn, ADL-kyvyn, mielialan tai käytöksen epävakaaksi (vaihtelevaksi, epävarmaksi tai heikkeneväksi) Meneillään toistuvan tai kroonisen ongelman akuuttivaihe Hoitoa muutettiin viimeksi kuluneen 30 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvion jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 30 vuorokautta) uuden akuutin vaiheen tai tilan vuoksi <input type="checkbox"/> d. Elinennuste 6 kk tai vähemmän - esim. lääkäri on kertonut asiakkaalle tai asiakkaan perheelle asiakkaan olevan terminaalivaiheessa <input type="checkbox"/> e. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> f. a. <input checked="" type="checkbox"/> X b. <input type="checkbox"/> X c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>
9.	MUITA TILANTEESEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	(Merkitse kaikki soveltuvat kohdat) Asiakas pelkää jotain perheenjäsentään tai hoitajaa Poikkeavan epäsiisti Selittämättömiä vammoja, luunmurtumia tai palohaavoja Laiminlyöty, pahoinpideity tai kaltoin kohdeltu Liikkumista rajoittavat välineet (raajat sidottu, sängyssä laidat, sidottu tuoliin) EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA <input type="checkbox"/> f. X a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/>

OSA L. RAVITSEMUKSEN JA NESTEYTYKSEN TILA

1.	PAINO	(Merkitse kaikki soveltuvat kohdat) 0. Ei 1. Kyllä
		a. Tahaton painon lasku , 5% tai enemmän viimeisen 30 vrk:n aikana (tai 10% tai enemmän viimeisen 180 vrk:n aikana) <input type="checkbox"/> 0 b. Vakava aliravitsemus <input type="checkbox"/> 0 c. Sairaalointinen ylipaino <input type="checkbox"/> 0 Merkitse d. Paino _____ kg e. Pituus _____ cm
2.	RAVINNON- KULUTUS	(Merkitse ravannonkulutus) 0. Ei 1. Kyllä
		a. Vähintään kahtena viimeksi kuluneesta 3 vuorokaudesta söi yhden aterian päivässä tai vähemmän <input type="checkbox"/> 1 b. Nautitin ruoan tai juoman määrä on ollut havaittavasti normaalista vähäisempää kuluneen 3 vuorokauden aikana <input type="checkbox"/> 1 c. Riittämätön juominen - ei juonut kaikkia juomia / miltei kaikkia juomia viimeksi kuluneen 3 vuorokauden aikana <input type="checkbox"/> 1 d. Letkuravitsemus <input type="checkbox"/> 0

3.	NIELEMINEN	<ol style="list-style-type: none"> 0. NORMAALI – nielee turvallisesti ja tehokkaasti kaikenlaista ravintoa 1. VAATII RUOKAVALION MUUTTAMISTA KYETÄKSEEN NIELEMÄÄN KINTEÄÄ RUOKAA TURVALLISESTI (hienonnettua ruoka tai kykenee nauttimaan vain erikoisruokia) 2. VAATII SEKÄ KINTEÄN ETTÄ NESTEMÄISEN RUOAN MUUTTAMISTA KYETÄKSEEN NIELEMÄÄN TURVALLISESTI (soseutettu ruoka, sakeutettu liemi) 3. YHDISTETTY SUUN KAUTTA NAUTITTAVA JA LETKURAVITSEMUS 4. EI RUOKAA SUUN KAUTTA 	<input type="checkbox"/> 0
----	------------	---	----------------------------

OSA M. SUUN TERVEYS/HAMPAISTO

1.	SUUNTERVEYS	(Merkitse kaikki soveltuva)	
		a. Puremisongelmia (esim. huono purenta, jäykkä leuka, kirurginen resektio, alentunut tunto/liikekontrolli, kipu syödessä)	<input type="checkbox"/> a.
		b. Suu on "kuiva" aterioidessa	<input type="checkbox"/> b.
		c. Ongelma hampaiden tai hammasproteesien puhdistamisessa	<input type="checkbox"/> c.
		d. EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	<input checked="" type="checkbox"/> X d.

OSA N. IHON KUNTO

1.	IHO-ONGELMAT	Mikä tahansa tila tai muutos ihmisen kunnossa (esim. palovammat, mustelmat, ihottumat, kutina, syhy, täit)	<input type="checkbox"/> 0
2.	HAAVAUMAT (paine- ja säärinhaava)	<p>Aste 1: Krooninen haava missä tahansa keholla. Haavoihin sisältyy mikä tahansa ihoalueen jatkuva punoitus.</p> <p>Aste 2: Osittainen ihokerroksen paksuuden kato.</p> <p>Aste 3: Syviä kraattereita ihmolla.</p> <p>Aste 4: Haava ulottuu lihakseen tai luuhun.</p> <p>(Jos haavoja ei ole, merkitse "0", mutten kirja korkein haava-aste (aste 1-4).</p> <p>a. Painehaava – mikä tahansa ihoon kohdistuneen paineen tai venytymisen aiheuttama ihorikko, joka on vaurioittanut alla olevaa kudosta</p> <p>b. Säärinhaava – huonon alaraajojen verenkierron aiheuttama avohaava</p>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0
3.	MUUTHOITOVAATIVAT IHO-ONGELMAT	(Merkitse kaikki soveltuva)	
		Palovammoja (2. tai 3. asteen)	<input type="checkbox"/> d.
		Muita avohaavoja kuin ihottuman tai iskujen aiheuttamat (kuten syöpäleesiöt)	<input checked="" type="checkbox"/> e.
		Ihorepaleita tai haavoja (muut kuin kirurgiset)	<input type="checkbox"/> f.
4.	AIEMMIN PARANTUNEET HAAVAT	Asiakkaalla on/ on ollut aiemmin krooninen haavauma jossain keholla	<input type="checkbox"/> 0
5.	HAAVAN/ HAAVAUMAN HOITO	(Merkitse virallinen hoito viimeisen 7 vuorokauden aikana)	
		Antibioottihoitona, systeeminen tai paikallinen	<input type="checkbox"/> a.
		Siteet	<input type="checkbox"/> b.
		Kirurginen haavan hoito	<input type="checkbox"/> c.
		Muu haavan/haavauman hoito (esim. painetta lievittävä väline, ravinto, käänäminen, haavan puhdistaminen)	<input type="checkbox"/> d.
		EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	<input checked="" type="checkbox"/> X e.

OSA O. YMPÄRISTÖN OLOSUHTEIDEN ARVIOINTI

1.	KOTIYMPÄRISTÖ	Merkitse seuraavista kaikki seikat, jotka tekevät kotiympäristön vaaralliseksi ja kelpaamattomaksi asumiseen. Jos mitään ei ole, merkitse "ei mitään yllä olevista". Jos tilapäisesti laitoksessa, suorita arvointi kotikäynnin perusteella.	
		Valaistus iltaisin (riittämätön tai puuttuva valaistus olohuoneessa, makuuhuoneessa, keittiössä, WC:ssä, käytävillä)	a.
		Lattia ja matot (esim. reikiä lattiassa, sähköjohtoja kulkuteillä, irrallisia mattoja)	b.
		Kylpyhuone ja WC (esim. WC epäkunnossa, vuotavat putket, ei tarvittavia kaiteita, liukas kylpyamme, ulkokäymälä)	c.
		Keittiö (esim. vaarallinen liesi, jääräkaappi rikki, rottia, hiiriä tai hyönteisiä kiusana)	d.
		Lämmitys ja ilmastointi (esim. liian kuumaa kesällä, liian kylmää talvella, puukamiina astmaatikon kodissa)	e.
		Henkilökohtainen turvallisuus (esim. väkivallan pelko, vaarallista mennä postilaatikolle tai vierailla naapurissa, raskas liikenne kadulla)	f.
		Pääsy kotiin (esim. vaikea tulla/lähteä)	g.
		Pääsy huoneisiin kotona (esim. ei voi kiivetä portaita)	h.
		EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA	i. <input checked="" type="checkbox"/>
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>0. Ei 1. Kyllä</p>	
		<p>b. Asiakkaan tai eniten hoitoon osallistuvan henkilön mielestä asiakkaan olisi parempi olla toisenlaisessa ympäristössä</p> <p>0. Ei 1. Vain asiakkaan mielestä 2. Vain hoitajan mielestä 3. Sekä asiakkaan että hoitajan mielestä</p>	
		<p>0</p>	
		<p>2</p>	

OSA P. PALVELUJEN KÄYTTÖ (viimeisen 7 vuorokauden aikana)

1.	VIRALLINEN HOITO (Minuutit pyöristetään lähimpään kymmeneen)	Hoidon, hoitotoimintojen tai tuen laajuus viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen, jos siitä on vähemmän kuin 7 vuorokautta) sisältäen	(A) Päivä	(B) Tunteja	(C) Min	
			7	6	3 0	
a.	Perushoitaja/lähihoitaja					
b.	Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja					
c.	Kotiavustaja/kodinhoitaja					
d.	Fysioterapia					
e.	Toimintaterapia					
f.	Puheterapia					
g.	Päivätoiminta					
h.	Päiväsairaala					
i.	Sosiaalityöntekijä					
Tukipalvelut:						
j.	Ateriapalvelu					
k.	Kuljetuspalvelu					
l.	Vapaaehtoispalvelu					
m.	Siivouspalvelu					
n.	Saattajapalvelu					
o.	Kylvettäjäpalvelu					
p.	Turvapalvelut					
q.	Muu					
2.	ERIKOISHOIDOT, TERAPIAT, OHJELMAT	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.	0.	Ei käytössä	2.	Suunnitelma, jota osittain noudatettu
			1.	Suunnitelma, jota täysin noudatettu	3.	Suunnitelma, ei käytetty
		(Jos mitään hoitoja ei ole, merkitse P2aa EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA)				
HENGITYSHOIDOT						
a.	Happi					
b.	Respiraattori avustavalla hengityksellä					
c.	Muut hengitykseen liittyvät hoidot					
MUUT HOIDOT						
d.	Alkoholin/lääkkeiden vieroitusohjelma					
e.	Verensiirto					
f.	Kemoterapia					
g.	Dialyysi					
h.	IV-infusio - keskuslas-kimokatetri (CVK)					
i.	IV-infusio - perifeerinen					
j.	Injektiolääkitys					
k.	Avanteen hoito					
l.	Sädehoito					
m.	Trakeostomian hoito					
TERAPIAT						
n.	Liikuntaterapia					
OHJELMAT						
o.	Toimintaterapia					
p.	Fysioterapia					
ERITYISTOIMET KOTONA						
v.	Sairaanhoitaja seuraa päivittäin (esim. Ekg, virtsanmittaus)					
w.	Sairaanhoitaja seuraa harvemmin kuin päivittäin					
x.	Turvaranneke tai elektroninen turvahälytys					
y.	Ihon hoito					
z.	Erikoisruokavalio					
aa.	EI MITÄÄN YLLÄ OLEVISTA					

3.	ERIKOIS-HOITOVALINEIDEN KÄYTÖ (Viimeisen 3 vuorokauden aikana)	Käyttöä kuvaavat koodit:			
		0. Ei käyttänyt	1. Käsitteli itse	2. Käsitteli itse, jos laitettu esille tai muistutettiin	3. Muut käsittelivät osittain
		12			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 PÄIVYSTYS POLIKLINIKAKÄYNTIEN lukumäärä, jolloin ei ole viipyntä yön yli sairaalassa	1		
		c. ÄKILLINEN HOITO – sisältää suunnittelemattomat hoitajan, lääkärin tai terapeutin käynnit vastaanotolla tai kotona	0		
5.	HOIDON TAVOTTEIDEN SAAVUTTAMINEN	Mikä tahansa tavoite, joka saavutetti 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: määrätyt lääkitykset, riittävä lämmitys, tarvittava lääkärin hoito, asiallinen ravinto, kotihoido			
		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 KÄYTÖ	Käytetty psyyken lääkitys viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen) (HUOM. Tarkista asiakkaan lääkitys alla olevan listan mukaan)			
		0. Ei	1. Kyllä		
		a. Antipsykotti/neurolepti	0	c. Antidepressanti	0
		b. Anksiyytti	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 määräemiä lääkityksiä viimeisen 7 vuorokauden aikana (sekä hoitokäyntien aikana etä niiden välillä)</p> <p style="text-align: center;"><u>2</u> 6 0 0</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Noudattaa aina 1. Noudattaa 80 % ajasta tai enemmän 2. Noudattaa vähemmän kuin 80 % ajasta, mukaan lukien vaikeudet hankkia määrätyjä lääkkeitä 3. EI MÄÄRÄTTYJÄ LÄÄKITYKSIÄ 	0																																																												
5.	LISTA KAIKISTA LÄÄKKEISTÄ	<p>Listaa määrätyt ja käsikauppalääkkeet, joita ottanut viimeisen 7 vuorokauden aikana (tai viimeisen arvioinnin jälkeen)</p> <p>a. Lääkkeen nimi, vahvuus ja annostus - merkitse lääkkeen nimi, vahvuus ja määräty annostus</p> <p>b. Antotapa - merkitse antotapa seuraavasta listasta:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1) Suun kautta (PO)</td> <td style="width: 33%;">5) Ihon alle (SC)</td> <td style="width: 33%;">8) Inhalationa</td> </tr> <tr> <td>2) Kielen alle (SL)</td> <td>6) Rektaalisesti (RECT)</td> <td>9) Nenämaahaletku</td> </tr> <tr> <td>3) Lihakseen (IM)</td> <td>7) Paikallisesti (sisältää silmätipat ja voiteet)</td> <td>10) Muu</td> </tr> <tr> <td>4) Laskimoon (IV)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>c. Otettujen lääkkeiden kappaletta - merkitse annettujen lääkkeiden määrä jokaisella antokerralla</p> <p>d. Antokerrat - merkitse päivittäisen, viikoittaisen tai kuukausittaisen lääkkeen antokertojen määrat alla olevan listan mukaan:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">TARV</td> <td style="width: 25%;">Tarvittaessa</td> <td style="width: 25%;">j.2.pv</td> <td style="width: 25%;">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>	1) Suun kautta (PO)	5) Ihon alle (SC)	8) Inhalationa	2) Kielen alle (SL)	6) Rektaalisesti (RECT)	9) Nenämaahaletku	3) Lihakseen (IM)	7) Paikallisesti (sisältää silmätipat ja voiteet)	10) Muu	4) Laskimoon (IV)			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			
1) Suun kautta (PO)	5) Ihon alle (SC)	8) Inhalationa																																																													
2) Kielen alle (SL)	6) Rektaalisesti (RECT)	9) Nenämaahaletku																																																													
3) Lihakseen (IM)	7) Paikallisesti (sisältää silmätipat ja voiteet)	10) Muu																																																													
4) Laskimoon (IV)																																																															
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																																																														
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">a. Lääkkeen nimi, vahvuus ja annostus</th> <th style="width: 15%;">b. Antotapa</th> <th style="width: 15%;">c. Määrä (kpl)</th> <th style="width: 20%;">d. Antokerrat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Pradaxa 150 mg</td> <td>p.o</td> <td>1</td> <td>x2</td> </tr> <tr> <td>b. Nitrosid 10 mg</td> <td>p.o</td> <td>1</td> <td>x2</td> </tr> <tr> <td>c. Tamofen 20 mg</td> <td>p.o</td> <td>1</td> <td>x1</td> </tr> <tr> <td>d. Panadol 1 g</td> <td>p.o</td> <td>1</td> <td>x3</td> </tr> <tr> <td>e. Bisoprolol 5 mg</td> <td>p.o</td> <td>1</td> <td>x1</td> </tr> <tr> <td>f. MiniSun 20 µg</td> <td>p.o</td> <td>2</td> <td>x1</td> </tr> <tr> <td>g.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>h.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>i.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>j.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>k.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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.																
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 arvointiin.		
	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 arvointi valmis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>2</td><td>6</td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>0</td><td>4</td> </tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>2</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td> </tr> </table> Päivä Kk Vuosi	2	6	0	4	2	0	2
2	6							
0	4							
2	0	2	1					