



Ovanstående schema är avsett som en vägledning för bedömning av behovet av uppföljning av patientens astma i samband med receptförnyelse per telefon. Tänk på att varje patient alltid måste bedömas individuellt.

Personnummer _____ Telefon _____

Patientens namn _____

Datum _____ Signering _____

Ställ alltid de här frågorna till patienten

- Har du haft nattliga astmabesvär senaste veckan? Nej Ja
- Har du tagit extra doser av luftvägande medicin på grund av astmabesvär mer än två gånger den senaste veckan? Nej Ja
- Har du sökt akut eller oplanerat på sjukhus eller vårdcentral senaste halvåret på grund av din astma? Nej Ja
- Får du astmabesvär när du anstränger dig, trots att du tar din astmamedicin? Nej Ja

Åtgärder i samband med telefonkontakt

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enbart recept | <input type="checkbox"/> Fått återbesökstid |
| <input type="checkbox"/> Fått telefontid med läkare | <input type="checkbox"/> Uppsatt på väntelista för återbesök |
| <input type="checkbox"/> Kontakt med astmasköterska | |

Patienters önskemål om recept

Recept 1 _____ Styrka _____
Doserings _____ dos/doser _____ gång/gång per dag Antal _____

Recept 2 _____ Styrka _____
Doserings _____ dos/doser _____ gång/gång per dag Antal _____

Recept hämtas _____

Recept skickas till _____

Annan info _____