



Dato: ___ / ___ 20___ Kl: ___ : ___		IMA-SYGEPLEJERSKE: _____ Navn/BAM-ID
NAVN <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"><i>Patientlabel</i></div>		
STATUS Har patienten haft delirium? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, er patienten i behandling for delirium? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
DELIRIUMPAKKE I EPM FINDES UNDER Anæstesiologisk Afdeling <ul style="list-style-type: none">• Vælg – Standardplan• Vælg – SKS-kode 2000341• Vælg – IMA akut delirium		
FOREBYGGENDE INDSATS IVÆRKSAT, HVILKEN: _____ _____ _____		
PÅRØRENDE Pårørende informeret <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vejledning udleveret <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		