

# Min vårdplan

## Information till patienten

Min vårdplan får du som är patient för att du ska kunna vara delaktig i din vård i den utsträckning du önskar. Vårdplanen ska bidra till att du känner dig trygg och välinformerad, att du har inflytande över det som är viktigt för dig och att du förstår vad som händer under utredning och behandling.

Planen ska uppdateras när vård och behandling ändras på ett sätt som har betydelse för dig.

Min vårdplan ska innehålla:

- Kontaktuppgifter till läkare, kontaktsjuksköterska och kurator samt andra viktiga personer.
- Tider för undersökningar och behandlingar samt beskrivning av tidsförloppet när olika åtgärder ska ske.
- Stöd, råd och åtgärder under behandling och rehabilitering.
- Svar på praktiska frågor och vad du kan göra själv.
- En sammanfattning av din vård, som du får med dig efter avslutad kontakt. Sammanfattningen ska innehålla uppgifter om vad du varit med om, vad som är viktigt att tänka på och vart du vänder dig vid behov.

Vårdenhet	Ansvarig läkare
Kontaktsjuksköterska	Kurator
<input type="checkbox"/> Jag har informerat vården om vilka som får ta del av information om mig. Detta har antecknats i min journal.	
Viktiga kontakter (dagtid), namn	Telefon
Viktiga kontakter (annan tid), namn	Telefon

Mina behov och önskemål om information

På [www.1177/cancer](http://www.1177/cancer) finns mycket information. Vill du veta mer rekommenderas böcker/webbsidor/annat.

Jag har fått kännedom om vårdens skyldigheter

Förnyad medicinsk bedömning (second opinion)       Fast vårdkontakt       Vårdval

## UTREDNING

Jag utreds för

Viktigt för mig nu/Rehabilitering

- |                                     |   |   |                                      |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sömn       | <input type="checkbox"/> Trötthet         | <input type="checkbox"/> Smärta               | <input type="checkbox"/> Kost        |
| <input type="checkbox"/> Vikt       | <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet | <input type="checkbox"/> Tobaksvanor          | <input type="checkbox"/> Sexualitet  |
| <input type="checkbox"/> Oro        | <input type="checkbox"/> Rädsla           | <input type="checkbox"/> Relationer           | <input type="checkbox"/> Alkohol     |
| <input type="checkbox"/> Närstående | <input type="checkbox"/> Minderåriga barn | <input type="checkbox"/> Livsåskådningsfrågor | <input type="checkbox"/> Nedstämdhet |
| <input type="checkbox"/> Arbete     | <input type="checkbox"/> Studier          |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> Annat:     |   |   |                                      |

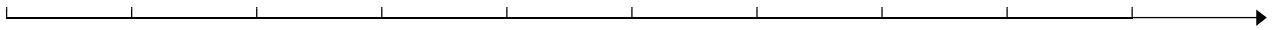
Mål	Åtgärder	Tidplan	Uppföljning	Signatur

Undersökningar som planeras under utredningen

Nr	Tidpunkt	Behandling/Undersökning	Nr	Tidpunkt	Behandling/Undersökning
----	----------	-------------------------	----	----------	-------------------------

.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Tidplan (ange tidpunkt och nr)



Egenvård

Praktiska frågor

**BEHANDLING**

Diagnos och information om sjukdomenbehandlingen

Patientföreningar/Stödpersoner (Namn, tfn, webbadress)

Behandlingskonferens/multidisciplinär konferens (MDK), datum

Ej aktuell

Information om effekter och bieffekter av given behandling

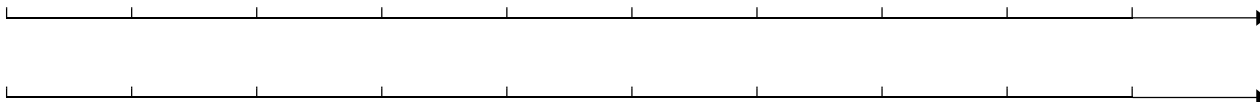
Uppföljning och återkoppling av given behandling

Behandlingar och undersökningar som planeras under behandlingen

Nr	Tidpunkt	Behandling/Undersökning	Nr	Tidpunkt	Behandling/Undersökning
----	----------	-------------------------	----	----------	-------------------------

.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Tidplan (ange tidpunkt och nr)



**Viktigt för mig nu/Rehabilitering**

- |                                     |   |   |                                      |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sömn       | <input type="checkbox"/> Trötthet         | <input type="checkbox"/> Smärta               | <input type="checkbox"/> Kost        |
| <input type="checkbox"/> Vikt       | <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet | <input type="checkbox"/> Tobaksvanor          | <input type="checkbox"/> Sexualitet  |
| <input type="checkbox"/> Oro        | <input type="checkbox"/> Rädsla           | <input type="checkbox"/> Relationer           | <input type="checkbox"/> Alkohol     |
| <input type="checkbox"/> Närstående | <input type="checkbox"/> Minderåriga barn | <input type="checkbox"/> Livsåskådningsfrågor | <input type="checkbox"/> Nedstämdhet |
| <input type="checkbox"/> Arbete     | <input type="checkbox"/> Studier          |   |                                      |
| <input type="checkbox"/> Annat:     |   |   |                                      |

Mål	Åtgärder	Tidplan	Uppföljning	Signatur

Egenvård

Övriga frågor