# **Blankett för kostordination**

Blanketten gäller för vård- och omsorgsboende, korttidsboende, dagverksamhet, gruppbostäder och daglig verksamhet samt ordinärt boende. Patientansvariga sjuksköterska inom kommunal hälso- och sjukvård ansvarar för att fylla i ordinationen och överlämna till undersköterskan för beställning.

# Bedömningen avser:

**Namn:** Klicka eller tryck här för att ange text.**Personnummer:** Klicka eller tryck här för att ange text.**Enhet:** Klicka eller tryck här för att ange text.

**Ordinatör namn och kontaktuppgift:**

Läkare Klicka eller tryck här för att ange text.

Dietist Klicka eller tryck här för att ange text.

Sjuksköterska Klicka eller tryck här för att ange text.

Den enskildeKlicka eller tryck här för att ange text.

LogopedKlicka eller tryck här för att ange datum.

**Beställare namn och kontaktuppgift:**

Sjuksköterska Klicka eller tryck här för att ange text.

Undersköterskan

Startdatum: Klicka eller tryck här för att ange text.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uppföljningsdatum: Klicka eller tryck här för att ange text.

# Specialkost:

Glutenfritt

Laktosreducerad (max 2g laktos/måltid)

Mjölkproteinfritt

Annan Specialkost (på grund av medicinsk diagnos)

Beskriv noga: Klicka eller tryck här för att ange text.

Proteinreducerat (ange antal gram protein/dygn)Klicka eller tryck här för att ange datum.

Dialyskost. Energi- och proteinrik genom berikning. Ange om kosten ska innehålla restriktioner för t.ex. kalium och fosfat\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fettreducerat (40 gram/dygn, annars ange annat värde)

# Konsistensanpassad kost

Normalkost och specialkost ska tillgodoses i följande konsistenser:

Hel och delad

Grov Paté

Timbal

Gelékost

Flytande

Tjockflytande

## 