# **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

##