# 2022-08-29 Beställning av hälso- och sjukvårdsåtgärd - övriga

**Datum: ……………….**

|  |
| --- |
| Patient Namn och adress Personnummer |

**Utförarenhet som ska utföra hälso- och sjukvårdsåtgärd:**  Ny beställning

Ändrad beställning

………………………………………………………………  Avslutad beställning

**Kompetenskrav**

åtgärden får endast utföras av personal med delegeringsbeslut

åtgärden får utföras av personal utan delegering

**Hälso- och sjukvårdsåtgärd**

|  |  |
| --- | --- |
| Annat, se kommentar | RIK, tappning av urinblåsa |
| ☐ Andningsbefrämjande åtgärder | Stomivård |
| KAD spolning | Syrgas |
| Kompressionsbehandling | Sårvård |
| Ortosbehandling | TENS-behandling |
| PEG/Gastrostomiknapp bortkoppling inkl. spolning | Träning |
| PEG/Gastrostomiknapp läkemedel inkl. spolning | Kontinuerlig tillsyn (vak) vid livets slut |
| PEG/Gastrostomiknapp påkoppling inkl. läkemedel och spolning |  |

Kommentar:

**När skall åtgärden utföras:**

**1.** Må Ti On To Fr Lö Sö Alla veckodagar Var………dag?

**2.** Någon gång under dagen efter överenskommelse med den enskilde

**3.** morgon  förmiddag lunch eftermiddag kväll natt

**4.** Specifikt klockslag eller tidsintervall (får inte ändras utan överenskommelse med beställare)

kl………  kl………  kl………  kl………  kl………  kl…........

**Tidstillägg** (se tabell i Rutin beställning av hälso- och sjukvårdsåtgärd)

Ange tid/tillfälle: ……min Summa: ……min/vecka

**Beställningens giltighetstid:**Fr.o.m........................................T.o.m.................................................

Ansvarig för beställningen:  Sjuksköterska  Arbetsterapeut  Fysioterapeut/sjukgymnast

Namn: ……………………………………………………………………………............................