# 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: ……………………………………………………………………………............................