



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

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

Kommentar:

När skall åtgärden utföras:

- Må Ti On To Fr Lö Sö Alla veckodagar Var.....dag?
- Någon gång under dagen efter överenskommelse med den enskilde
- morgon förmiddag lunch eftermiddag kväll natt
- 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: