

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

BILAGA

Formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna

OBS! Fyll även i konsultationsblankett för respektive sortiment. Denna blankett bifogas huvudkonsultationen.

FÖRSKRIVARE

Kombikakod (11 tecken)	Datum	Personnummer
Namn	Titel	Namn

BRUKARE

1. TYP AV HJÄLPMEDEL SOM SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA ÄR AKTUELLT PÅ

Manuell rullstol	Elrullstol	Arbetsstol	Hygienstol
------------------	------------	------------	------------

2. ÄRENDET GÄLLER

Sits	Sittdyna	Ryggdyna	Endast justering av befintlig sits/sittdyna/ryggdyna
------	----------	----------	--

Obs! Gå vidare till punkt 12

3. BRUKAREN HAR ELLER HAR HAFT FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA SEDAN TIDIGARE?

Nej	Ja, beskriv nedan:
Önskas, om möjligt, kopia av befintlig/tidigare använd formgjuten sits/sittdyna/ryggdyna?	
Nej	Ja

4. VILKET ÄR SYFTET/MÅLET MED FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA?

Syfte:
Mål:

5. HAR EN RISKANALYS GENOMFÖRTS OCH INNEBÄR DEN SPECIALANPASSNING SOM EN FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA ÄR, EN ÖKAD RISK FÖR BRUKARE ELLER DESS OMGIVNING?

Nej	Ja, beskriv nedan:

6. ÄR BRUKAREN OCH NÄTVERKET KRING BRUKAREN INFORMERADE OM VAD DET INNEBÄR ATT SITTA MED FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA?

Nej	Ja
-----	----

7. SKA FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA MONTERAS PÅ BEFINTLIGT UNDERREDE/RULLSTOL/ELRULLSTOL?

Ja	Modell:	Individnummer:	Nej, nytt ska provas ut. Ange varför nedan:
Det formgjutna hjälpmedlet ska kunna flyttas mellan olika underreden. Ange vilka nedan:			

Initialer (Brukarnamn):

8. ANVÄNDER BRUKAREN ORTOPEDTEKNISKA HJÄLPMEDEL SÅSOM KORSETT, FOTORTOSER ELLER KNÄORTOSER?

Nej	Ja
Om Ja, ska dessa nyttjas i sittande? Nej Ja Ange nedan vilket hjälpmedel samt sida (höger/vänster eller båda)	

9. FINNS PLANERAD OPERATION ELLER ANNAN MEDICINSK BEHANDLING SÅSOM PEG ELLER TONUSREDUCERANDE BEHANDLING?

Nej	Ja
Om Ja, vilken och när?	

10. BEHÖVS TILLBEHÖR, VILKA? (ARMSTÖD, BORD, HUVUD/NACKSTÖD, PANNBAND, SIDOSTÖD, ALTERNATIVT STYRSÄTT ETC.)

Nej	Ja, vilka:

11. HAR BRUKAREN SMÄRTA? ÄR BRUKAREN KÄNSLIG FÖR TRYCK, VÄRME/KYLA? FINNS ELLER HAR DET FUNNITS DECUBITUS? FINNS PROBLEM MED LÄCKAGE/INKONTINENS? VARIERAR BRUKARENS VIKT ÖVER TID?

--

NEDAN IFYLLES ENDAST VID JUSTERING AV BEFINTLIG FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA

12. HUR HAR FORMGJUTEN SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA FUNGERAT OCH HUR GAMMAL ÄR DEN?

Individnummer sits/dyna:	Tillverkningsår:

13. VILKEN TYP AV JUSTERING EFTERFRÅGAS OCH VARFÖR?

Ange vad:

14. INFORMATION OM BRUKAREN:

Har brukarens vikt /längd förändrats? Är viktförändring planerad? Är vikten nu stabil?
Har brukaren förändrats i kroppen, ange hur? (Scolios, kyfos, rörlighet, tonus etc.)

15. FUNGERAR BEFINTLIGT UNDERREDE/RULLSTOL BRA? ELLER BEHÖVER DET SES ÖVER I SAMBAND MED JUSTERING AV DEN FORMGJUTNA SITS/SITTDYNA/RYGGDYNA? HUR OCH VAD BEHÖVER SES ÖVER?

Fungerar bra	Behöver ses över. Ange hur och på vilket sätt nedan: