

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

<p>Patienten samtycker till att den verksamhet som remissen skickas till och som ingår i en annan vårdgivare, tar del av ospärrade journaluppgifter inom den remitterande verksamheten när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård.</p> <p>Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.</p>	Ja	Nej/Samtycke ej tillämpligt
	Nej	Ja, vad:

KONSULTATION gällande

Mobil stålyft
Mobil golvlyft (ej tak)
Lyftsele

Överflyttningshjälpmedel
Annat, vad:

BEHOVSTRAPPA enligt hjälpmedelsguiden

Ange behovstrappa	Aktiviteter i dagliga livet	Förflyttning	Kommunicera	Vård och behandling
Ange trappsteg				

BESLUTSSTÖD enligt hjälpmedelsguiden

Effekt/nytta:	0 (ingen)	1 (mycket liten)	2 (måttlig)	3 (stor)	4 (mycket stor)
Frekvens:	0 (extremt sällan)	1 (mycket sällan)	2 (sällan)	3 (ofta)	4 (mycket ofta)

FÖRSKRIVARE

BRUKARE

Kombikakod (11 tecken)		Datum		Personnummer	
Namn			Titel		
Arbetsplats			Adress		Portkod
Adress			Boendenamn		
Postnummer	Ort		Postnummer	Ort	
Telefon (inkl riktnummer)		Mobil/direktnummer		Telefon	Mobil
E-post			Kontaktperson		Telefon
Region	Kommun	Privat	Särskilt boende	Boende med särskilt stöd/LSS	Eget boende

INFORMATION OM BRUKARE

DIAGNOS OCH FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Även ex. motorik, hand/armfunktion, kognition, syn och hörsel

Initialer (Brukarnamn):

MÅTT

Kroppsvikt	kg
Kroppslängd	cm
Vid utprovning av lyftsele, ange höftbredd:	cm

STATUS

Tonus	Normal tonus	Hypertonus, ange var:	Hypotonus, ange var:
Finns sensibilitetsbortfall?	Nej	Ja, ange var:	
Har brukaren smärta?	Nej	Ja, ange var:	
Finns trycksår?	Nej	Nej, men har haft ange var:	Ja, ange var:
Använder brukaren:	Korsett: Nej Ja	Fotledsortoser: Nej Ja	Övriga ortoser: Nej Ja vilka:
Har brukaren huvudkontroll?	Nej	Ja	Kommentar:
Finns benlängdsskillnad?	Nej	Ja	Kommentar:
Förekommer luxation?	Nej	Ja	Kommentar:
Finns kontrakturer?	Nej	Ja	Kommentar:
Har brukaren protes/er?	Nej	Ja	Kommentar:

ÖVRIGT GÄLLANDE SITTANDE/STATUS

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

Har inget hjälpmedel av denna typ. Nuvarande hjälpmedel finns:
Individnummer: Modell:
Storlek (Ifylles i förekommande fall):
Anledning till ev. byte

PROBLEMSTÄLLNING

Initialer (Brukarnamn):

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

ANVÄNDNING, OMRÅDE/MILJÖ

I vilka miljöer och i vilka aktiviteter ska stolen/elrullstolen fungera?

Inomhus	Utomhus	Hemmet	Särskilt boende	Daglig verksamhet
Skola	Förskola	Färdtjänst	Egen bil	Annat:

För vilken/vilka överflyttning/ar gäller hjälpmedlet?

Säng-stol	Till stående i staskal	Annat, ange vad:
Till-från golvet	Toalett-rullstol	
Stol-Stol	Lägesförändringar i säng	

Övriga kritiska mått eller övrig information att ta hänsyn till:

Inga övriga kritiska mått eller övrig information finns
 Annan information/kritiska mått finns (fyll i nedan):