

Ordernummer: (ifylles av Sodexo)

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.	Ja	Nej/Samtycke ej tillämpligt
Föreligger smitta, ex. multiresistenta bakterier MRSA, ESBL etc.	Nej	Ja, vad:

KONSULTATION gällande

Säng

Förebyggande madrass
Behandlande madrass

BEHOVSTRAPPA enligt hjälpmedelsguiden

Ange behovstrappa	Aktiviteter i dagliga livet	Förflyttning	Kommunicera	Vård o 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	Namn	
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

STATUS

Muskeltonus	Hög	Normal	Låg
Amputation	Ja	Nej	
Smärta	Ja	Nej	
Rökare	Ja	Nej	

SÅR

Finns sår?	Nej	Ja, fyll i nedan.
Riskbedömning enligt:	Norton	RAPS Poäng:
Kategori		
Placering		
Storlek		

NUVARANDE HJÄLPMEDEL

Har inget hjälpmedel av denna typ.	
Nuvarande hjälpmedel finns:	
Individnummer:	Modell:

PROBLEMSTÄLLNING

--

MÅLSÄTTNING MED PRODUKT/ÅTGÄRD

--

FÖRSLAG PÅ PRODUKT/ÅTGÄRD

Anpassning eller produkt

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):