**Beslut om egenvård och skriftlig instruktion**

Bedömning utförd och beslutad av behandlade legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patientens namn: | | Personnummer: |
| Namn på ansvarig för riskbedömning och beslut: | | Befattning: |
| Enhet: | | Beslut gäller fr o m:  Beslut gäller t o m: |
| Vilken/vilka åtgärder ska utföras som egenvård?  Läkemedel  Kompressionsbehandling  Annat, beskriv vad:  PEG/Nasogastrisk sond  Andningshjälpmedel  Ögondroppar  Träning | | |
| Åtgärden ges som egenvård då den utförs av: | Patienten själv  Närstående/Vårdnadshavare  Personlig assistent | Kommunal SoL/LSS-personal  Personal från förskola/skola  Annan: |
| Vad ska utföras:  Hur ska det utföras: | | Information/Instruktionen ges:  Muntligt  Skriftligt  Praktiskt  Via tolk, ange språk:  Ansvarig för information: |
| Vilken kompetens/kunskap krävs hos utföraren: | | |
| Var uppmärksam på /symtom att beakta och vilka åtgärder ska vidtas? | | |
| Vid akuta situationer kontaktas  Namn: Telefonnummer: | | |
| Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktas  Namn: Telefonnummer: | | |
| Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningen  Ansvarig: Planerat datum: | | |

*Vid förändring av åtgärd ska egenvårdsbedömningen omprövas, nytt beslut fattas och ny blankett upprättas.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Underskrift legitimerad yrkesutövare Underskrift patient/vårdnadshavare/deltagande part

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift verksamhetsansvarig för utförande av egenvården

**Utförare av egenvård i Förskola/skola**

|  |
| --- |
| **Vårdnadshavare 1** |
| Datum: |
| Namnteckning: |
| Namnförtydligande: |
| Telefonnummer dagtid: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vårdnadshavare 2** | |
| Datum: | |
| Namnteckning: |
| Namnförtydligande: | |
| Telefonnummer dagtid: | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Personalbricka kontur **SKOLAN** |  |  | | **Jag som rektor  godkänner nedanstående** | Datum | Namnteckning och namnförtydligande | | Jag accepterar att utföra egenvårdsinsatser enligt barnets egenvårdsplan. Uppdraget gäller i ett år eller omprövas vid behov | **Från och med, datum** | **Till och med, datum** | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | | Personalbricka kontur | Underskrift namnteckning personal | Namnförtydligande, namnteckning personal | |