**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 kontaktasNamn: Telefonnummer: |
| Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktasNamn: Telefonnummer: |
| Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningenAnsvarig: 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 |

 |