



## Förskrivning av madrass i behandlande syfte

### Uppgifter om förskrivare

Namn	Användarnamn i LMN *
Arbetsplats	Befattning/Titel
Adress	Mailadress
Postadress	Tel nr

\*Brukar vara det samma som ditt användarnamn på jobbdatorn, exempelvis ABC012

### Uppgifter om patient

Personnummer	Kontaktperson
Namn	Tel nr till kontaktperson
Adress	Tel nr till patient
Postadress	

### Uppgifter från behovsbedömning

<b>Hudbedömning är genomförd, kategorisering av sår enligt EPUAP</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Icke klassificerbart trycksår, sårdjup okänt <input type="checkbox"/> Misstänkt djup hudskada, sårdjup okänt	
<b>Klinisk bedömning är genomförd, enligt RAPS</b> Summa poäng:	
<b>Hudbedömning och klinisk bedömning medför tillsammans</b> <input type="checkbox"/> Låg risk <input type="checkbox"/> Medel risk <input type="checkbox"/> Hög risk	
<b>Lägesändringsschema är upprättat</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Patienten nutritionsbehandlas</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>Kontakt är tagen med kommunal arbetsterapeut</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Uppgifter gällande leverans**

Leveransadress	Kontaktperson inför bokning av leverans
	Tel nr till kontaktperson
	Eventuell portkod

**Uppgifter om madrass**

Madrassmodell:

CuroCell A4 CX20, madrassen levereras i väska med pump/kompressor och överdrag

Bredd	Artikelnummer
<input type="checkbox"/> 80 cm	60903
<input type="checkbox"/> 85 cm	58952
<input type="checkbox"/> 90 cm	58955
<input type="checkbox"/> 105 cm	58956

**Uppgifter som lämnas av Centrum för hjälpmedel**

Datum och tid för leverans	
Ordernummer	
Individnummer	

Undertecknad ansvarar för att patient och/eller närstående är informerad om vad som gäller för ovanstående hjälpmedel enligt gällande regelverk och riktlinjer för förskrivning.

Undertecknad ansvarar för att överrapportering sker till annan behandlingsansvarig sjuksköterska vid byte eller avslut av tjänst.

Utvärdering av insats sker kontinuerligt i intervaller om maximalt 3 månader. Utvärdering rapporteras in via formulär på Vårdgivarwebben ([vardgivare.regionorebrolan.se](http://vardgivare.regionorebrolan.se) – *Vårdriktlinjer och kunskapsstöd/Hjälpmedel/Centrum för hjälpmedels förskrivarportal/Hjälpmedelsöversikt/Madrasser/Utvärdering madrass*).

Utebliven rapportering kan medföra att hyreskostnaden debiteras vårdgivaren.

**Förskrivarens underskrift**