**KONSULTATION – HYGIEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient**      | Personnummer      |
| **Förskrivare**       | Användarnamn i Sesam      | Titel      |
| Arbetsplats      | Postadress      |
| Postnummer och ort      | Telefon/Mobiltelefon      |
| E-post      |

|  |
| --- |
| **Andra pågående vårdkontakter av betydelse** (skriv en kommentar vad det gäller)  |
| Centrum för hjälpmedel  | [ ]  SPRIDA  | [ ]  HME  |
| Annan:       |
| Kommentar:       |

|  |
| --- |
| **Diagnos som är relevant för ärendet** |
| **Benämning** **och eventuell tidpunkt för diagnos**      | **Kod (ICD-10)**      |

|  |
| --- |
| **Konsultationen avser**  |
| [ ] Uppresningshjälp från toalett[ ]  Anpassning av befintligt hjälpmedel med individnummer:      [ ]  Övrigt:       |

**MÅL**

|  |
| --- |
| **Vad är målet med hjälpmedlet?**  |
|       |

|  |
| --- |
| **Beskriv tidigare insatser som gjorts för att nå målet**  |
|       |

**PROBLEM**

|  |
| --- |
| **Beskriv aktuell problembild** (exempelvis relaterat till funktionsnedsättning, önskat aktivitetsutförande, nuvarande hjälpmedel) |
|       |

**AKTIVITETER och DELAKTIGHET**

|  |
| --- |
| **Hur förflyttar sig patienten till och från nuvarande hjälpmedel?**  |
|       |

**OMGIVNINGSFAKTORER**

|  |
| --- |
| **Beskriv utrymmet i badrummet/toaletten**  |
|  |
| **Är toaletten vägghängd?** [ ]  Nej [ ]  Ja |

**Mått att ta hänsyn till**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mått golv till tak ovanför toaletten:** cm | **S:\Omr_Nära-Vård\Verksamheter\Habilitering och hjälpmedel\CFH\Gemensam\Förskrivarstöd\Konsultationsblanketter\Bilagor och bilder\Toalett med mått - bild.JPG** |
| **Mått vid sidan om toaletten****(till vägg/”hinder”)** |
| **A:** cm |
| **B:** cm |
| **C:** cm |
|  |

|  |
| --- |
| **Har patienten andra hjälpmedel av betydelse för ärendet?**  |
| [ ]  Nej[ ]  Ja, vilka:       |

**ÖVRIGT**

|  |
| --- |
| **Andra uppgifter av betydelse**  |
|       |