Specialanpassad produkt golvhöjning till Sterling Elite Mini – anvisning

|  |
| --- |
| I de fall då elrullstolens utförande inte motsvarar individens behov kan tekniker på Centrum för hjälpmedel (CFH) göra en så kallad specialanpassning. Det är förskrivaren som har rätt att beställa en specialanpassning och det görs genom att en anvisning skickas in till CFH.  Den här blanketten ska användas vid önskan om golvhöjning till elrullstol Sterling Elite Mini. Riskanalys och teknisk dokumentation är redan genomförd  Ärendegång   1. Fyll i anvisningsblanketten och skicka in den till CFH. Godkänna specialanpassningen på sista sidan! 2. Tekniker gör en specialanpassning utifrån inkommen anvisning. 3. Specialanpassat hjälpmedel levereras till förskrivare för inprovning. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Blanketten skickas till:**  Centrum för hjälpmedel  Box 1515  701 15 ÖREBRO  Telefon: 019 – 60 24200  Hemsida: vardgivare.regionorebrolan.se | Patientens personnummer | |
| Patientens namn | |
| Förskrivare | Arbetsplats | Befattning |
| E-postadress | Telefonnummer | Kod/Förskrivare |
| Leveransadress | | |

Hjälpmedel som ska specialanpassas

|  |  |
| --- | --- |
| Produkt  Sterling Elite Mini | Leverantör  Sunrise Medical AB |
| Individnummer | Artikelnummer  65560 |

Specialanpassningens syfte/mål

|  |
| --- |
| Patienten får stöd för fötterna vid sittande i eldriven rullstol.  En höjning av golvet i kombination med inställd lägsta sitthöjd möjliggör detta. |

Önskad golvhöjning för måluppfyllelse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2,5 cm | 5 cm | 10 cm |

Specialanpassad produkt – teknisk dokumentation

|  |
| --- |
| Aktivitetsnummer |
|  |

Beskrivning

|  |
| --- |
| En förhöjningskloss skärs ut i material Sensaten. Den kläs med en gummimatta för minskad halkrisk. |

Bild

|  |
| --- |
| Bilden visar en 5 cm golvhöjning |

Specialanpassad produkt – riskanalys

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Försämras hållfastheten? | Nej | Ja | |  |  |
|  | Är det försumbart? | | | Ja | Nej |
|  | | | | | |
| Ökar klämrisken? | Nej | Ja | |  |  |
|  | Är det försumbart? | | | Ja | Nej |
|  | | | | | |
| Ökar brandrisken? | Nej | Ja | |  |  |
|  | Är det försumbart? | | | Ja | Nej |
|  | | | | | |
| Ökar risken för ofrivillig körning? | Nej | Ja | |  |  |
|  | Är det försumbart? | | | Ja | Nej |
|  | | | | | |
| Ökar tipprisken? | Nej | Ja | |  |  |
|  | Är det försumbart? | | | Ja | Nej |
|  | | | | | |
| Försämras bromsverkan? | Nej | Ja | |  |  |
|  | Är det försumbart? | | | Ja | Nej |
|  | | | | | |
| Ökar skade-/stöldrisken? | Nej | | Ja se kommentarer | |  |
| Kommentar: | | | | | |
|  | | | | | |
| Finns annan tänkbar risk? | Nej | | Ja se kommentarer | | |
| Kommentar:  Den ökade nivåskillnad som blir vid i- och urstigning medför en ökad risk och ska påtalas för patienten. | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Den specialanpassade produkten är tillverkad av** |  | **Förskrivaren godkänner den tekniska dokumentationen och riskanalysen** |
| Datum |  | Datum |
|  |  | Klicka här för att ange datum |
| Namn |  | Namn |
|  |  |  |
| Härmed godkänner jag att den specialanpassade medicintekniska produkten får användas i patientvård av avsedd användare. Den specialanpassade medicintekniska produkten uppfyller de relevanta allmänna kraven på säkerhet och prestanda i enlighet med artikel 5.5 i förordningen om medicintekniska produkter (2017/745). |  | Undertecknad har tagit del av den tekniska dokumentationen med riskanalys.  Nödvändig information är förmedlad till patient och berörd personal.  Det specialanpassade hjälpmedlet har provats in innan produkten tas i bruk.  Förskrivaren ansvarar för sedvanlig uppföljning av förskrivet hjälpmedel. |
| Underskrift tekniker vid Centrum för hjälpmedel |  | Underskrift förskrivare |
|  |  |  |