**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:  Barn- och ungdomsmottagningen … | | Beslut gäller fr o m:  Beslut gäller t o m: tills vidare |
| 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:  **Vid allergisk reaktion mot ………** ska läkemedel ges enligt bifogad skriftlig handlingsplan  Hur ska det utföras: Var god se handlingsplan | | Information/Instruktionen ges:  Muntligt  Skriftligt  Praktiskt  Via tolk, ange språk:  Ansvarig för information:  Barn- och ungdomsmottagningen |
| Vilken kompetens/kunskap krävs hos utföraren:  Kunskap om injektionsteknik för adrenalinpenna samt hantering av inhalation av astmamedicin. Instruktionsfilm för handhavande av Jext adrenalinpenna hittas på nätet i Fass.se för ”Allmänhet”. Sök på Jext och gå in i ”viktig patientinformation”. Instruktionsfilm för Epipen adrenalinpenna hittas på medicininstruktioner.se under rubriken allergi. Instruktionsfilm för inhalation av astmamedicin hittas på medicininstruktioner.se under rubriken astma.  Om ytterligare genomgång önskas kas kan den erbjudas på Barn och ungdomsmottagningen … Kontakta i så fall … | | |
| Var uppmärksam på /symtom att beakta och vilka åtgärder ska vidtas?  Var god se bifogad skriftlig handlingsplan | | |
| Vid akuta situationer kontaktas  Namn: 112/vårdnadshavare Telefonnummer: | | |
| Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktas  Namn: Vårdnadshavare Telefonnummer: | | |
| Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningen  Ansvarig: Barn- och ungdomsmottagningen 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 | |