

Beslut om egenvård och skriftlig instruktion

Bedömning utförd och beslutad av behandlade legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Patientens namn:		Personnummer:	
Namn på ansvarig för bedömning och beslut:		Befattning:	
Enhet:		Beslut gäller fr o m: Beslut gäller t o m:	
Vilken/vilka åtgärder ska utföras som egenvård? <input type="checkbox"/> Läkemedel <input type="checkbox"/> Kompressionsbehandling <input type="checkbox"/> Annat, beskriv vad: <input type="checkbox"/> PEG/Nasogastrisk sond <input type="checkbox"/> Andningshjälpmedel <input type="checkbox"/> Ögondroppar <input type="checkbox"/> Träning			
Åtgärden ges som egenvård då den utförs av:		<input type="checkbox"/> Patienten själv <input type="checkbox"/> Närstående/Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Personlig assistent	<input type="checkbox"/> Kommunal SoL/LSS-personal <input type="checkbox"/> Personal från förskola/skola <input type="checkbox"/> Annan:
Vad ska utföras:		Information/Instruktionen ges:	
Hur ska det utföras:		<input type="checkbox"/> Muntligt <input type="checkbox"/> Skriftligt <input type="checkbox"/> Praktiskt <input type="checkbox"/> Via tolk ange språk:	
		Ansvarig för informationen:	
Vilken kompetens/kunskap krävs hos utföraren:			
Var uppmärksam på /symtom att beakta och vilka åtgärder ska vidtas?			
Vid akuta situationer kontaktas			
Namn:		Telefonnummer:	
Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktas			
Namn:		Telefonnummer:	
Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningen			
Ansvarig:		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

