Beslut om egenvård enligt SOSFS 2009:6

Bedömning utförd och beslutad av behandlade legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (t ex läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut).

Vid förändring av åtgärd ska egenvårdsbedömningen omprövas, nytt beslut fattas och ny blankett upprättas.

|  |  |
| --- | --- |
| Patientens namn: | Personnummer: |
| Ansvarig för bedömning och beslutNamn: Befattning:Enhet: Datum: |
| Riskanalys utförd:[ ]  Ja[ ]  Nej |
| Åtgärd som ska utföras: |
| Åtgärden ges som egenvård då den utförs av: | [ ]  Patienten själv[ ]  Närstående/Vårdnadshavare[ ]  Personlig assistent | [ ]  Kommunal SoL/LSS-personal[ ]  Personal från förskola/skola[ ]  Annan: |
| Hur och av vem ges information/instruktion om åtgärden?[ ]  Muntligt [ ]  Skriftligt [ ]  Praktiskt [ ]  Via tolk Ange språk: Ansvarig: |
| Vilken information/instruktion ges? (informationsmaterial bifogas lämpligen) |
| Var uppmärksam på /symtom att beakta |
| Vid akuta situationer kontaktasNamn: Telefonnummer: |
| Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktasNamn: Telefonnummer: |
| Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningenAnsvarig: Planerat datum: |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift legitimerad yrkesutövare Underskrift patient/vårdnadshavare/deltagande part