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 beslut  Namn: 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 kontaktas  Namn: Telefonnummer: | | |
| Vid övriga problem, förändringar i hälsotillståndet eller i vardagen, ändrade förutsättningar, kontaktas  Namn: Telefonnummer: | | |
| Uppföljning/omprövning av egenvårdsbedömningen  Ansvarig: Planerat datum: | | |

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

Underskrift legitimerad yrkesutövare Underskrift patient/vårdnadshavare/deltagande part