

Beslut om att en hälso - och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård enligt SOSFS 2009:6

Beslut kan endast fattas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, t ex. läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast.

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|--|--|---------------------------------|
| Namn: | Personnummer: | | | | | | |
| Beslut fattat av: | Befattning: | | | | | | |
| Enhet: | | | | | | | |
| År, datum: | | | | | | | |
| Omprövning av detta beslut skall ske senast: | | | | | | | |
| Åtgärd som skall utföras: | | | | | | | |
| Åtgärden ges som <i>egenvård</i> då den utförs av: | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Patienten själv</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Kommunal SoL/LSS-personal</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Närstående</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Personal från förskola/ skola</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Personlig assistent</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Annan:</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Patienten själv | <input type="checkbox"/> Kommunal SoL/LSS-personal | <input type="checkbox"/> Närstående | <input type="checkbox"/> Personal från förskola/ skola | <input type="checkbox"/> Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Annan: |
| <input type="checkbox"/> Patienten själv | <input type="checkbox"/> Kommunal SoL/LSS-personal | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Närstående | <input type="checkbox"/> Personal från förskola/ skola | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Annan: | | | | | | |
| Då åtgärden ska ges som <i>egenvård</i> ska information och instruktion ges i form av: | | | | | | | |
| Ansvarig: | | | | | | | |
| Vid akuta situationer kontaktas: | | | | | | | |
| Vid övriga problem, förändringar i hälsotillstånd eller i vardagen kontaktas: | | | | | | | |
| Om patienten har drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården kontaktas: | | | | | | | |
| Uppföljning av insatserna sker i form av: | | | | | | | |

Underskrift beslutsfattare :.....

Tagit del av beslut underskrift: patient/ företrädare :.....