Omvårdnadsschema vid palliativ vård

Namn: _____ Personnummer: _____

Datum	Kl.	Utförd lägesändring Tryckavlastning < △ >	Utförd trycksårs-prevention	Resultat Genomförd Smärtskattning		Äter/ dricker Se ev. vätske-lista	Utförd munvård	Utförd ROAG	Förekomst Urin/avföring U - Urin A- Avföring		Anteckning	Sign
				VAS	Abbey PS							

Läget beskrivs utifrån patientens håll < = **näsan åt vänster** △**= rygg > = näsan åt höger** I
övriga rutor skrivs X vid genomförande/förekomst.