

KONSULTATION – MOBIL LYFT, LYFTSELE

INKL. FAKTAINSAMLING

FÖRSKRIVARE		PATIENT	
Kombikakod	Datum	Personnummer	
Namn	Titel <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> SG	Namn	
Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>		Adress	
E-post	Postnummer	Ort	
Enhet	Ev. kontaktperson	Telefon – <i>Helst mobiltelefon</i>	

SPECIFIKATION

Konsultationen gäller:
<input type="checkbox"/> Lyftsele <input type="checkbox"/> Mobil personlyft <input type="checkbox"/> Stålyft/uppresningslyft
<input type="checkbox"/> Nytt hjälpmedel <input type="checkbox"/> Befintligt hjälpmedel:

Diagnos och funktionsnedsättning
Problemställning
Målsättning

Övrigt
Har tidigare haft kontakt med hjälpmedelskonsulent/tekniker kring detta hjälpmedel:

Patient Personnummer:

FAKTAINSAMLING

Beskriv hur förflyttningar sker idag och med vilka hjälpmedel:

Om patienten använder lyft idag vilken typ används?
 Mobil personlyft Taklyft Vilken bygelbredd används? cm

Vilken sele används? ↓
 Standard sele → huvudhög axelhög midjehög
 Leverantör: Modell: Storlek:

 Sele för amputerad Leverantör: Modell: Storlek:

 Hygien/byxsele Leverantör: Modell: Storlek:

 Gå/stå väst Leverantör: Modell: Storlek:

 Sele att sitta kvar på Leverantör: Modell: Storlek:

Hur mycket väger patienten?
Har patienten låg tonus?

Höger sida	Vänster sida	Eventuella kommentarer:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Har patienten spasticitet?

Höger sida	Vänster sida	Eventuella kommentarer:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Är patienten amputerad?

Höger sida	Vänster sida	Eventuella kommentarer:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Har patienten höftproblem?

Höger sida	Vänster sida	Eventuella kommentarer:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Har patienten rigiditet?
 Ja Nej Vi ja, ange var:

Har patienten smärtor?
 Ja Nej Vi ja, ange var:

Har patienten sår?
 Ja Nej Vi ja, ange var:

Har patienten nedsatt bålstabilitet?
 Ja, ange om patienten kan ↓ Nej
 Sitta på sängkanten Hålla huvudet Ingen stabilitet alls

Vilken typ av sele önskas provas ut?
 Standard sele Sele för amputerad Hygien/byxsele Gå/stå väst Sele att sitta kvar på

Hjälpmedel Stockholms anteckningar

 Scannad Ankomstreg

Datum: Signatur: