

## EGENVÅRDSPLAN Exempel 1.2

Ny bedömning

Omprövning

Kryssa i ruta

Namn 10-årig pojke	Personnummer XXXXXXX-XXXX
-----------------------	------------------------------

Undertecknad har bedömt att det finns ett behov av hjälp vid utförandet av egenvårdsinsats för ovanstående person. Kopia på denna blankett ska överlämnas till den enskilde/företrädare, handläggare i socialtjänsten, ansvarig chef och ev. andra berörda parter efter den enskildes samtycke.

Planen gäller för insats Hjälp med överlämnande av läkemedel enligt ordinationsunderlag och matning i knapp	<input type="checkbox"/> Riskanalys är utförd <i>Vid ja – kryssa i rutan</i>
Ansvarig för utförande av insatsen är Personal på korttidsboendet Storgatan 11 i Växjö	
Ansvarig för instruktioner och handledning till utföraren är Sjuksköterska på barnkliniken	
Hur ska information och instruktioner ges till utföraren? Instruktioner ges på korttidsboendet genom teoretisk information och praktisk träning.	
Vilka åtgärder ska vidtas och vem som ska kontaktas, om patienten har drabbats av eller har utsatts för risk att drabbas av skada eller sjukdom i samband med egenvården? Sjuksköterska på barnkliniken ska kontaktas för rådgivning om symptomen inte är av akut brådskande karaktär. Vid brådskande akuta symptom ring 112.	
Vilka åtgärder ska vidtas och vem ska kontaktas, om patientens situation förändras? Om förändringarna kan påverka behandlingen ska sjuksköterska på barnkliniken kontaktas.	
Hur, när och av vem ska egenvårdsbedömningen följas upp och omprövas? Egenvårdsbedömningen omprövas av ansvarig läkare senast inom ett år vid teamkonferens.	

### Undertecknat

Ort	Datum
Namn	Befattning ansvarig läkare