

EGENVÅRDSPLAN Exempel 5

Ny bedömning

Omprövning

Kryssa i ruta

Namn 65-årig man - X	Personnummer
-------------------------	--------------

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 Insulininjektion enligt ordinationsunderlag och blodsockerkontroller vid behov på begäran av X	<input type="checkbox"/> Riskanalys är utförd <i>Vid ja – kryssa ruta</i>
Ansvarig för utförande av insatsen är Personal i hemtjänstgruppen XX i Markaryds kommun	
Ansvarig för instruktioner och handledning till utföraren är Sjuksköterska på vårdcentralen X i Markaryd	
Hur ska information och instruktioner ges till utföraren? Instruktioner ges i hemmet 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 vårdcentralen 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 besök på vårdcentralen.	

Undertecknat

Ort	Datum
Namn	Befattning Ansvarig läkare