 Rehabilitering, Grön flik

**Ordination**

**Personnr:**

**Namn:**

**Ansvarig: Delgiven:**

**Datum Sign**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Hälsoproblem:**Är i behov av tryckavlastande dyna som är så stabil som möjligt för att få ett gott sittande i rullstolen. StarLock cellås behöver pumpas upp en gång i veckan för att bibehålla inställningen. |  |
|  |  |  |
|  | **Mål:**Gott sittande i rullstolen |  |
|  |  |  |
|  | **Ordination:**Personal pumpar upp StarLock cellås 1 gång i veckan. |  |
|  |  |  |
|  | **Hur** (gör själv, får hjälp med)**:**Personal utför |  |
|  | Tryck ALDRIG på knappen (2)Rör ej |  |
|  | **Vem:** Personal, delegering krävs ej. Viktigt att vara säker på hur det ska utföras. |  |
|  |  |  |
|  | **När:** Varje måndag |  |
|  |  |  |
|  | Kontakta arbetsterapeut när dynans inställning inte verkar bra eller vid frågor. |  |
|  |  |  |

**Datum** **Sign**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |