Utprovningsprotokoll Vridplatta/Överflyttningsplattform/Sara Steady

Hjälpmedlet utprovat till: Personnummer:

Förskrivet av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  

 Vridplatta Överflyttningsplattform Sara Steady

Modell på förskrivet hjälpmedel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* För att använda hjälpmedlet krävs **två personal**
* Hjälpmedlet kan hanteras av en personal **endast** vid följande förflyttningssituationer\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hjälpmedlet kan hanteras av en personal

Hjälpmedlet ska användas tillsammans med följande tillbehör:

* Trygghetsband till molift raiser
* Vårdbälte
* Draglakan

**Vid förändring av status eller svårigheter vid förflyttningen ska ansvarig förskrivare kontaktas.**

Övrigt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_