 2024-05-16

**Utprovningsprotokoll vid förflyttning med TurnAid**

**TurnAid utprovad till**…………………………………………….………**Födelsedata**……………………………

**TurnAid förskriven av**……………………………………………… **Telefon**………………………………………

**Delgiven**…………..………………………............................................**Datum**……………………………………

**TurnAid används tillsammans med:** TurnAid draglakan, TurnAid glidlakan

**Syfte:**…………………………………………………………………………………………………………………….

**Vändlakan används vid följande moment**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Sköta nedre hygien
 | * Högre upp i säng
 | * Positionering på vänster/höger sida
 |
| * På och avklädning
 | * Applicering av lyftsele
 | * Såromläggning
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Instruktion till personalen:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | **OBS**TurnAid får endast användas av personal som fått instruktion av HSL-personal eller superanvändare och som känner sig säker på användningen.  |
| **Instruktion till vårdtagaren:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Observera**– Observera klämrisken vid grindarna – Kontakta arbetsterapeut/fysioterapeut om brukarens vikt, funktionsnivå eller behov förändras.  |