 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. | |