



BEHANDLINGSPLAN

Datum:

Hostmaskin, CPAP, Bi-Level, My airvo

Namn	
Personnr	
Rapportör FT/SG på HS	
Mottagare FT/SG av rapport inom kommun	
Avser typ av andningshjälpmedel	
Syfte med behandling	
Hur ofta?	
Restriktioner	
Behandlingen kombineras med	
Att observera Exv. kommunikation, compliance, utebliven effekt	
Om behandlingen inte har önskad effekt	
Om utrustningen inte fungerar	Kontakta MTA Hjälpmedel 035-131979
Förbrukningsmaterial	
Ansvarig läkare	
Ansvarig utprovare	
Egenvård	
Kommentarer	

