Avvikelser/uppföljning av förskrivet inkontinenshjälpmedel

Namn: …..... Personnummer: ….....

Fyll i datum och klockslag när det är en avvikelse gällande inkontinenshjälpmedel, ange vilket skydd det gäller och beskriv hur denna visar sig. Till exempel;

- Läckage vid sidan av skyddet och uppskatta gärna mängden läckage:
  + = mindre läckage, ++ = måttligt läckage eller +++ = rikligt läckage
- Skyddet är felaktigt fixerat
- Skyddet är för stort/för litet till kroppsformen – ta alltid nytt höftmått och vikt
- Fixeringspunkter/kardborreband har släppt
- Skyddet går sönder vid hantering
- Personen har själv "hanterat"/plockat med skyddet

Glöm inte att signera. Lämna blanketten till sjuksköterska om återupprepade problem

Datum	Kl	Ange skydd	Beskriv avvikelse	sign

Datum	Kl	Ange skydd	Beskriv avvikelse	sign

Lämnas till sjuksköterska.