

TopSheet & TurnSheet

SystemRoMedic™



Vårdtagarens namn: _____

Personnummer: _____

Obs: TopSheet (art.nr. 1520) används endast tillsammans med TurnSheet (art.nr. 1580 alt. 1590). TopSheet kan även användas tillsammans med WendyLett (art.nr. 1634 alt. 1641) och WendyLett4Way (art.nr. 1637 alt. 1647).

Syfte med hjälpmedlen:

Tex. underlätta vändningar, bättre vårdergonomi, mindra smärta vid vändning, ökad trygghet...

I vilka situationer används hjälpmedlen?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tillfällig vändning till höger sida | <input type="checkbox"/> Tillfällig vändning till vänster sida |
| <input type="checkbox"/> Positionering på höger sida | <input type="checkbox"/> Positionering på vänster sida |
| <input type="checkbox"/> Sköta nedre hygien | <input type="checkbox"/> Såromläggning |

Övrigt: _____

Vilken storlek används?

- | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TurnSheet, L 140 x B 200 cm | <input type="checkbox"/> TurnSheet, L 200 x B 150 cm |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

Dessa tillbehör används:

- | |
|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Extra underdel till TopSheet, antal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antihalkmatta/AntiSlip |
| <input type="checkbox"/> Komfortkudde/ComfortCushion |



Förberedelser/Placering i säng:

Tex: Skarven mellan över och underdel placeras i höjd med höftkammen

Instruktioner för användning

Vårdtagarens namn: _____

Personnummer: _____

Har den personal som använder hjälpmedlet:

Läst bruksanvisningen:

Ja Nej

Fått praktisk instruktion i förflyttning av vårdtagaren:

Ja Nej

Instruktioner till personalen:

Tex. Höj grinden på den sida ni vänder mot. Placering av huvud/ armar/ händer? Placering av ben/ fötter? Använd sängens funktioner.

Antal medhjälpare: _____

Instruktioner till vårdtagaren:

Tex. På vilket sätt kan vårdtagaren vara aktiv? Vilka instruktioner används?

Utprovad av arbetsterapeut / sjukgymnast:

Datum: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Handicare AB
Veddestav. 15, Box 640
SE-175 27 Järfälla
SWEDEN

Tel: +46 (0)8-557 62 200
Fax: +46 (0)8-557 62 299
E-mail: info@handicare.se

Internet: www.handicare.com

Vid förändringar eller frågor kontakta utprovaren!

Manualer och instruktioner om funktionstest finns på
Handicarens hemsida www.handicare.com

