



MiniLift200/MiniLift160

SystemRoMedic™

Utprovningsprotokoll

Vårdtagarens namn: _____

Personnummer: _____

Syfte med hjälpmedlet:

Tex. överflyttningar, träna benstyrkan, axelrörlighet, ståbalans, andningsövningar...



MiniLift200

MiniLift160

Vid vilka tillfällen ska vårdtagaren använda MiniLift200 eller MiniLift160?

Ståträning:

Hur länge, hur ofta? _____

Förflyttning säng – rullstol

Förflyttning rullstol - toalett

Förflyttning säng – toalett

Övrigt: _____

Dessa tillbehör används:

Vadband/CalfStrap

Polstring till lyftbygel/SlingBarWrap MiniLift



Storlek och modell på upprensingsväst

Standard:

ThoraxSling S

ThoraxSling M

ThoraxSling L

ThoraxSling XL

ThoraxSling XXL



Med extra stöd för stussen:

ThoraxSling with seatsupport S

ThoraxSling with seatsupport M

ThoraxSling with seatsupport L

ThoraxSling with seatsupport XL



Förberedelser:

Tex. Inställning av underbensstöd. Används underarmsstödet? Vilken sida?

Vilken lyftögla krok har vi i?

Inre röd

Yttre röd

Yttre grå

Längd på lyftarmen vid upprensningen:

Kort lyftarm

Mellanläge

Lång lyftarm

Vid markering

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:

Antal medhjälpare: _____

Instruktioner till vårdtagaren:

Tex. På vilket sätt kan vårdtagaren vara aktiv? Vilka instruktioner används? Placering av fötter? Placering av händer?

Utprovad av arbetsterapeut / sjukgymnast:

Datum: _____

Telefon: _____

Telefon: _____

Vid förändringar eller frågor kontakta utprovaren!

Manualer och instruktioner om funktionstest finns på Handicares hemsida www.handicare.se

Handicare AB
Torshamnsgatan 35
SE-164 40 KISTA
SWEDEN

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

Internet: www.handicare.se

