



Lägesändringsschema för säng och stol

Namn: _____ Restriktioner eller särskilda åtgärder som skall vidtas: _____

Lägesändringsintervall

<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall:
Ordinerat datum/tid/signatur:	Ordinerat datum/tid/signatur:	Ordinerat datum/tid/signatur:	Ordinerat datum/tid/signatur:	Ordinerat datum/tid/signatur:

Datum:				Datum:				Datum:				Datum:				Datum:				Datum:							
Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:							
Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign

Läge: ange Rygg, Vä, Hö eller Sitt **Mun:** kryssa i vid utförd munvård vid behov

Lägesändringsschemat är en journalhandling och ska scannas in i patientens journal

Lägesändringsschema för säng och stol

Namn: _____ Restriktioner eller särskilda åtgärder som skall vidtas: _____

Lägesändringsintervall

<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall: Ordinerat datum/tid/signatur:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall: Ordinerat datum/tid/signatur:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall: Ordinerat datum/tid/signatur:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall: Ordinerat datum/tid/signatur:	<input type="checkbox"/> Varannan timme <input type="checkbox"/> Var 3:e timme <input type="checkbox"/> Var 4:e timme <input type="checkbox"/> Annat intervall: Ordinerat datum/tid/signatur:
---	---	---	---	---

Datum:				Datum:				Datum:				Datum:				Datum:				Datum:							
Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:				Hudbedömning:							
Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign	Tid	Läge	Mun	Sign

Läge: ange Rygg, Vä, Hö eller Sitt **Mun:** kryssa i vid utförd munvård vid behov

Lägesändringsschemat är en journalhandling och ska scannas in i patientens journal