



Ordination av Ross TurnSheet/Vändlakan och Ross TopSheet

Datum: _____ Personnummer: _____

Vårdtagarens namn: _____

Personal med vid utprovningen: _____

Syfte med hjälpmedlet: _____

I vilka situationer används TurnSheet?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vändning till höger sida | <input type="checkbox"/> Vändning till vänster sida |
| <input type="checkbox"/> Positionering på höger sida | <input type="checkbox"/> Positionering på vänster sida |
| <input type="checkbox"/> Sätta upp på höger sängkant | <input type="checkbox"/> Sätta upp på vänster sängkant |
| <input type="checkbox"/> Högre upp i säng | |
| <input type="checkbox"/> Övrigt: _____ | |

Viken storlek används:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TurnSheet midi | <input type="checkbox"/> TurnSheet maxi |
|---|---|

Används TopSheet? I så fall i vilka situationer?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vändning till höger sida | <input type="checkbox"/> 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"/> Övrigt: _____ | |

Dessa tillbehör används:

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

Förberedelser:

Placering i sängen: _____

Instruktioner till personalen:

Tex hur många medhjälpare behövs? _____

VG vänd!

Tar man vid något tillfälle bort någon av låsluckorna? I så fall när?

Vid höjd huvudända: Övre Mitten Nedre

Vid sittande på sängkanten: Övre Mitten Nedre

Vid aktiv vårdtagare högre upp i säng: Nedre

Kan vårdtagaren vara aktiv vid någon förflyttning? Vilka instruktioner används?

Har den personal som använder TurnSheet:

Läst bruksanvisningen till TurnSheet: Ja Nej

Läst bruksanvisningen till TopSheet: Ja Nej

Fått praktisk instruktion i förflyttning av vårdtagaren: Ja Nej

Ansvarig arbetsledare: _____

Har arbetsledaren blivit informerad om vilka kunskaper som krävs för att personalen skall kunna arbeta med god ergonomi: Ja Nej

Utprovad av arbetsterapeut/sjukgymnast: _____ Telefon: _____

Vid förändringar eller frågor kontakta utprovaren!

Manualer och instruktioner om funktionstest finns på RoMedic's hemsida www.romedic.com