**Checklista inför ordination av GPS-positioneringslarm**

Används som stöd för ordination Innehållet i checklistan dokumenteras i journalen och denna blankett skickas till Larmsamordnarna som underlag. Vid frågor rådfråga larmfunktionens larmsamordnare 0470–43408

**1. Finns samtycke? JA NEJ**

**2.** Är det ett presumerat samtycke? **JA NEJ**

 **3.** Finns behovet hela dygnet? **JA NEJ**
 **Annars, vilka tider?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.** Hur ska tillsyn ske under laddning av GPS-positionslarmet?
(minst 45–60 min per dag/dygn, kan sitta på laddning hela natten)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.** Hur och av vem kontrolleras att larmet är i drift, sitter på och är laddat?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.** Finns behov av så kallat ”låsbart, ej öppningsbart” armband till GPS larmet? **JA NEJ**

**7.** Är det aktuellt med säkerhetsområde/zon? **JA NEJ**
*(Genereras om omsorgstagaren rör sig utanför ett fördefinierat område)*

**8.** **OM JA**, Vilket säkerhetsområde är aktuellt? *(Exempel: cirkel runt bostaden, hemmet eller ett större område, i meter*?)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9.** För att konfigurera GPS larmet behövs det minst 1 telefonnummer till avdelningen/enheten som funkar dygnet runt och vilken avdelning/enhet omsorgstagaren bor på samt även lgh.nr hen har.

Tel. 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avd./Enhet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lgh.nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Det finns nyckelgömma så att personal kan komma in i bostaden **JA NEJ**
 ***Gäller ENDAST ordinärt boende (hemtjänst****)*

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PAS/Sjuksköterska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
SSK Tel nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_