

## Överenskommelse om kommunal hälso- och sjukvård

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Vi har kommit överens om att följande insatser ska göras av sjuksköterska, delegerad personal eller annan person:

- **Daglig läkemedelshantering** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Övergripande läkemedelsansvar** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Övrigt läkemedel** \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Sårbehandling** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Kompressionsbehandling** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Provtagning** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Skötsel av urinkateter, stomi** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Dialysbehandling** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Nutritionsbehandling** \_\_\_\_\_

- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Skötsel av infarter** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Stödjande insatser** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Samordnande insatser** \_\_\_\_\_
- Utförs av  sjuksköterska  delegerad personal  annan \_\_\_\_\_
- **Förskrivning av inkontinenshjälpmedel**
- **Övrigt** \_\_\_\_\_

Vi har idag tillsammans kommit överens om ovanstående insatser. Beslutet gäller i

- 1 månad                       3 månader                       6 månader                       1 år

Uppföljning planeras (datum):

Kontakta sjuksköterska om behovet förändras.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Sjuksköterska /Telefonnummer

\_\_\_\_\_

Underskrift patient