

## Hjälpverktyg för utprovning av inkontinensskydd

### Personuppgifter på omsorgstagare:

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

**Behov av hjälp på toalett:**      Ja                      Nej

### Tider för toalettbesök:

**Funktionsnivå:**              Uppgående              Rullstol              Sängliggande

**Höftmått:**              cm

### Befintligt skydd dag:

**Hur många skydd går åt per dygn?**

### Befintligt skydd natt:

**Hur många skydd går åt per dygn?**

### Nytt förskrivet skydd dag:

**Hur många skydd går åt per dygn?**

### Nytt förskrivet skydd natt:

**Hur många skydd går åt per dygn?**

**Vid behov av mätning, använd tabellen på sida 2.**

