

Samordnad individuell plan, SIP

#

Denna SIP kan användas för samtliga målgrupper när inte SIP i IT-stödet Lifecare kan användas.

|  |  |
| --- | --- |
| **SIP upprättad** | **Datum**       |

|  |  |
| --- | --- |
| Samtycker till upprättande av SIP(*den enskilde/god man/vårdnadshavare)* |       |
| Samtycker till informationsöverföring  | Ja [ ]  Nej[ ]  |

**Personuppgifter**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Namn |       | Person-nummer |       |
| Adress |       | Telefon  |       |
| Postnr ort |       | Epostadress |       |
|  | Namn | Telefon | Epostadress |
| Närstående |       |       |       |
| Vårdnadshavare |       |       |       |
| God man/förvaltare |       |       |       |
| Övrigt  |       |       |       |

**Övriga kontaktuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Fast vårdkontakt |       |
| Fast läkarkontakt |       |
| Patientansvarig sjuksköterska i kommunen |       |
| Handläggare/socialsekreterare |       |
| Kontaktperson inom skolan |       |
| Tolkbehov (ja/nej, språk) |       |
| Minderåriga barn (ja/nej, ålder) |       |
| Annan |       |

|  |
| --- |
| **Samordnaren för denna SIP är** |
| Namn | Telefon | Förvaltning/enhet | epostadress |
|       |       |       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SIP-möte** | **datum** | **klockslag** |
|  |
| **Kallade** | **Medverkande** | **Relation/titel** | **Enhet** | **Kontaktuppgift** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Kallade men ej medverkande:** |

|  |
| --- |
| **Min nuvarande situation är så här - kartläggning**  |
| *Exempelvis: Aktivitet och delaktighet- aktivitetsbegränsning, kroppsfunktion - funktionsnedsättning och omgivningsfaktorer- underlättande eller hindrande.*      |

|  |
| --- |
| **Huvudmål**  |
| *Målbeskrivning*      |

# Vi är överens om följande planering och insatser

(inkluderar samordning mellan vård- och omsorgsaktörer samt egenvård)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Behov/delmål** | **Beskrivning insats** | **Vem gör insatsen/****ansvarig deltagare** | **Hur/när sker uppföljning** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Bra att veta förutom mål/delmål:** |
|       |

|  |
| --- |
| **Uppföljning/utvärdering** |
| **Datum** | **Ansvarig för uppföljningsmötet** |
|       |       |
|       |       |
| **Det här har vi gjort** | **Så här har det gått** | **Insatsen avslutas**  | **Detta behövs nu** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

 **Ja Nej**

Patient/brukare godkänner innehållet i SIP:en [ ]  [ ]

Jag önskar ett exemplar av min SIP [ ]  [ ]

God man/vårdnadshavare godkänner innehållet i SIP:en [ ]  [ ]

Datum:

|  |
| --- |
| **Avslut av SIP**  |
| **datum** | **kommentar** |
|       |       |

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående version2022-04-01 redaktionell ändring**Tidigare versionsuppdateringar**Ny region- och kommungemensam blankett. |