

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 version 2022-04-01 redaktionell ändring  **Tidigare versionsuppdateringar**  Ny region- och kommungemensam blankett. |