Hmc: Checklista utprovning av personlyft

Fylls i av förskrivare

Förskrivarkod ☐☐☐☐☐☐☐	Förskrivarens namn
E-post	Direktnummer (ej via växel)
Kontakt med konsulent ☐ Ja ☐ Nej Namn:	Datum

Information om brukaren

Hälso- och sjukdomshistoria
Socialt
Aktuell problemställning
Mål med hjälpmedlet
Brukarens prioriteringar

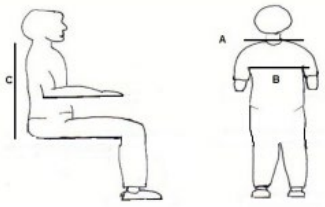
Nuvarande överförflytningssätt /hjälpmedel	
Har brukaren tidigare haft lyfthjälpmedel? ☐ Ja ☐ Nej	
Om ja, vilken modell?	När och varför återlämnades den?

I vilket/vilka rum ska lyften användas ☐ badrum ☐ sovrum ☐ hall ☐ vardagsrum ☐ garage Annat:

Funktionsutredning

Tonus
Sensibilitet
Smärta
Trycksår
Bålbalans
Arm-/handfunktion
Kommunikation/kognition
Övrigt

Brukarens axelbredd: A
Bålbredd: B
Rygglängd sits till C7: C
Vikt:



Om möjligt, fyll i följande

Lyftselens rygghöjd (hög, axelhög, låg, lyftväst)
Bendelarnas öppning (stor, medel, snäv öppning, odelade bendelar)
Armarnas placering (utanför, innanför lyftselen)

Taklyft

Adress där taklyft ska monteras	
Fastighetsägare	
Hustyp: ☐ Villa ☐ Lägenhet ☐ Hyresrätt ☐ Bostadsrätt	Rum där taklyft ska monteras:
Takhöjd i aktuella rum	Typ av tak (trä, betong, gips etc.):
Övriga faktorer att ta hänsyn till, exempelvis bostadsanpassning	