

**Arbetsblad vid behov av inkontinenshjälpmedel**

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Förskrivare/ordinatör	Ansvarig kontaktperson	Indikation
-----------------------	------------------------	------------

Miktionslista:

Fr.o.m. – t.o.m.	Fr.o.m. – t.o.m.	Fr.o.m. – t.o.m.
------------------	------------------	------------------

Utvärdering av inkontinenshjälpmedel:

Fr.o.m. – t.o.m.	Fr.o.m. – t.o.m.	Fr.o.m. – t.o.m.
------------------	------------------	------------------

Toalettassistentschema Ja Nej **PRODUKT *dagtid***

Produktnamn	Storlek	Antal byten /dag	Insatt /datum	Utsatt /datum

PRODUKT *natttid*

Produktnamn	Storlek	Antal byten /dag	Insatt /datum	Utsatt /datum

FIXERINGSBYXOR**SKYDD FÖR SÄNG**

Produktnamn	Storlek	Produktnamn	Storlek

KOMMENTARER, SÄRSKILD OBSERVATION
