Region
Jönköpings län

Lyftsele - utredningsunderlag

– Fortsatt utredning när befintlig lyftsele inte fungerar tillfredsställande

Denna blankett skickas med fördel in till HMC inför Ordnat införande av lyftsele, eller används då du behöver stöd vid val av lyftsele.

Överflyttning där lyft nyttjas: *t.ex. säng-elrullstol*	Klicka eller tryck här för att ange text.
Typ av lyft:	Mobil golvlyft ☐ Taklyft enkelskena ☐ Taklyft travers ☐
Patientens nuvarande behov	
Stöd för nacke/huvud?	Ja ☐ Nej ☐
Stöd upp till axelhöjd?	Ja ☐ Nej ☐
Armar placeras innanför lyftselen?	Ja ☐ Nej ☐
Smal benstödsöppning *(exv. vid amputation genom eller ovanför knä)*?	Ja ☐ Nej ☐
Bred benstödsöppning *(för hygienbehov)*?	Ja ☐ Nej ☐
Smärtproblematik förkommer?	Ja ☐ Nej ☐
Om ja, beskriv:	Klicka eller tryck här för att ange text.
Sitta kvar på selen?	Ja ☐ Nej ☐

Tidigare provade lyftselar Modell, benämning	Storlek	Kommentar om varför lyftselen inte är aktuell
Klicka eller tryck här för att ange text.		Klicka eller tryck här för att ange text.
Klicka eller tryck här för att ange text.		Klicka eller tryck här för att ange text.
Klicka eller tryck här för att ange text.		Klicka eller tryck här för att ange text.
Klicka eller tryck här för att ange text.		Klicka eller tryck här för att ange text.
Klicka eller tryck här för att ange text.		Klicka eller tryck här för att ange text.
Klicka eller tryck här för att ange text.		Klicka eller tryck här för att ange text.

Har förlängningsöglor eller alternativa lyftbyglar provats?	Ja ☐ Nej ☐ Om ja, beskriv alternativ som provats: Klicka eller tryck här för att ange text.

Individnummer på något av patientens hjälpmedel för identifiering:	Klicka eller tryck här för att ange text.
Förskrivarens namn och kontaktuppgifter:	Klicka eller tryck här för att ange text.

Hjälpmedelscentralen
Länssjukhuset Ryhov, hus P5
Försörjningsvägen 1
551 85 Jönköping

tfn: 010-242 87 00
hjalpmedelscentralen@rjl.se
http://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/vardstod/hjalpmedel