

Checklista

DUSCHSTOL (DS)/DUSCHBÅR (DB) MED HJUL



Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)

Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Förebyggande underhåll av duschbår ska ske en gång per år av fackman.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att bromsarna fungerar.
- Kontrollera att fotplattor är på om inte andra direktiv angetts (DS).
- Kontrollera att klädseln är hel för att minimera smittspridning.
- Vid vipp-funktion kontrollera att nackstödet sitter fast (DS).
- Efter användning rengör hjälpmedlet med rengöringsmedel.

Varannan månad och/eller vid behov:

- Tvätta ryggklädseln enligt bruksanvisning
- Kontrollera att armstöd och sits sitter fast och är intakt.
- Kontrollera att hjulen sitter fast.
- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen.
- Kontrollera att det inte finns lösa skruvar.
- Kontrollera ytbehandlingen, ex rostangrepp.
- Kontrollera att sprickbildning inte uppkommit i chassit.
- Kontrollera att höj- och sänkfunktionen fungerar (DB).

Ansvarig för ovanstående åtgärder:

Patient/närstående/omvårdnadspersonal

Checklista

BADBRÄDA/BADKARSSTOL



Ordinerad till.....

Personnummer.....

Individnr.....

Ordinatór..... Tfn.....

Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)

Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att kantstoppar är åtdragna och inte slitna.
- Kontrollera att badbrädan inte kan förflytta sig ofrivilligt, dvs. inte riskerar att kasa då brukaren sätter sig.

Rengöring minst en gång/månad

- Rengör produkten med rengöringsmedel utan lösningsmedel. Kan vid behov dekontamineras i max 85°C.

Ansvarig för ovanstående åtgärder:

Patient/närstående/omvårdnadspersonal

Checklista

**DUSCHSTOL/DUSCHPALL/FRISTÅENDE
TOAFÖRHÖJNING/TOALETTSTOLSARMSTÖD/
TOAFÖRHÖJNING fast monterad.**



Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr.....
Ordinatór.....Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)

Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att benen står jämt mot golvet och inte blivit skeva.

Vid behov dock minst en gång/månad

- Rengör hjälpmedlet med normalt rengöringsmedel.
- Kontrollera ytbehandling (ex. rost).
- Kontrollera att skruvarna är fast och att hjälpmedlet är monterat mitt på toalettstolen.

Vid varje rengöringstillfälle:

- Kontrollera att gummifötterna är hela och mjuka.
- Kontrollera att förhöjningsknoppar/clips på benen finns på plats och fungerar.
- Att plastdetaljer inte har sprickbildningar.

**Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
Omvårdnadspersonal**

Checklista

GÅSTATIV/KRYCKKÄPPAR/KÄPPAR

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr.....
Ordinatör..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera stabiliteten.

Varannan månad och/eller vid behov:

- Kontrollera doppskorna - ska inte vara blankslitna eller spruckna.
- Kontrollera materialet i plastdistanserna med tanke på sprickbildningar (gäller gåstativ, se pilar på bilden).
- Kontrollera att benen inte är böjda.
- Kontrollera hålen för höjdinställningar
- får inte vara slitna till oval form = instabilitet.
- Rengöring med normalt rengöringsmedel

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista

PERSONLYFT

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

OBS! Varje brukare som har blivit ordinerad förflyttning med personlyft ska ha egen ordinerad lyftsele och ska endast lyftas i den.

Besiktning ska ske en gång om året av fackman.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att avkrokningskydd för lyftsele finns och fungerar.
- Kontrollera att manövrering av lyftrörelse och breddinställning fungerar (golvlyft).
- Kontrollera att laddaren fungerar.

Varje månad och/eller vid behov:

- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen (golvlyft).
- På lyft där bygelhöjden regleras med lyftband kontrollera att slitage och veckbildningar inte förekommer på lyftbandet.
- Rengör lyften enligt bruksanvisning.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista
LYFTSELE

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Modell/storlek/fabrikat.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera
utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera
till ordinatör.

Besiktning av lyftselen ska ske två gånger om året av fackman eller
ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att sömmar, tyg, upphängningsöglor och kantband är hela.
- Vid plastspänne kontrollera låsfunktion.

Vid behov:

- Rengör selen enligt anvisning på produkten.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

UPPRESNINGSBÄLTE



Ordinerad till.....
Personnummer.....
Modell/storlek/fabrikat.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)

Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Belasta och kontrollera att spännen och handtag håller för kraftig belastning.
- Kontrollera att sömmar och material är fria från skador.
- Kontrollera att materialet inte är utsatt för nötning eller är blekt.

Vid behov:

- Håll bältet rent enligt anvisning på produkten.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista

GÅBORD/GÅSTOL/ROLLATOR

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera
utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera
till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att bromsarna fungerar och att ev. bromsvajrar är hela.
- Kontrollera att körhandtagen sitter fast.
- Kontrollera att sittplattan/armstödsplattan är hel.

Varje månad och/eller vid behov:

- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen.
- Rengöring enligt bruksanvisning.
- Kontrollera att hopfällningsmekanismen fungerar (rollator).
- Vid höj- och sänkbart gåbord kontrollera att höjdinställning fungerar
(vid elfunktion kontrollera laddare).

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

MANUELLT DRIVEN RULLSTOL



Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Förebyggande underhåll ska ske en gång per år av fackman.
Byte samt reparation av däck och slang bekostas av brukaren,
punkteringsfria däck bekostas av kommunen.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att brukarens rullstolsdyna ligger rätt i rullstolen.
Är Du osäker – se bruksanvisning.
- Vid luftpumpade däck kontrollera att de är rätt pumpade.
- Kontrollera att bromsarna fungerar.
- Kontrollera att tippskydden (om det finns) sitter fast och är rättvända.
- Kontrollera att körhandtag/körbygel (om det finns) sitter fast.
- Kontrollera att drivhjulen med snabbkoppling sitter fast.
- Kontrollera att armstöden sitter på rätt håll.

Varje månad och/eller vid behov:

- Kontrollera att armstöden och fotstöden är stabila och fungerar.
- Kontrollera att klädseln är intakt.
- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen.
- Rengör enligt bruksanvisning.
- Kontrollera att sits- och rygginställningar fungerar (komfortrullstol).

Ansvarig för ovanstående åtgärder:

Patient/närstående/omvårdnadspersonal

SÄNG



Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)

Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Sängen ska alltid lämnas i lägsta läge (gäller patienter som inte kan förflytta sig i och ur säng självständigt).

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att sänggrindarna sitter fast och att låsningen fungerar.
- Kontrollera att sängen inte för oljud.

Varje månad och/eller vid behov:

- Kontrollera att bromsarna fungerar.
- Kontrollera att sladdarna ej är klämda eller lösa.
- Kontrollera att stöd- och vändhandtag sitter fast
- Rengör enligt bruksanvisning.

**Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
Omvårdnadspersonal**

Checklista

ÖVERFLYTTNINGSPLOTTFORM

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinertör..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinertör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att handtagsstaget är stabilt.
- Kontrollera att fotbromsen fungerar.

Varje månad och/eller vid behov:

- Kontrollera att skruvarna är åtdragna.
- Kontrollera att antihalkmaterialen på ovansidan är intakt.
- Kontrollera att hjulen fungerar.
- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen.
- Rengör enligt bruksanvisning.

OBS! Damm och smuts mellan glidskivorna försämrar funktionen.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista

SÄNGRYGGSTÖD, elektriskt

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinär..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinär.

Varje användningstillfälle

- Kontrollera att sängryggstödet inte glider ut åt sidan.
- Kontrollera att spännremmarna är fast åtdragna.

Varje månad och/eller vid behov:

- Sladdarna får ej vara klämda eller lösa.
- Rengör enligt bruksanvisning.

**Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal**

Checklista

ANTIDECUBITUSMADRASS, luftväxlande eller statisk

Ordinerad till.....

Personnummer.....

Individnr/serienr PUMP.....

Individnr/serienr MADRASS.....

Ordinatór..... Tfn.....

Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att hjälpmedlet är rätt placerat i säng. Är Du osäker – se bruksanvisning.
- Kontrollera att madrassen inte läcker luft.
- Kontrollera att eventuella luftslangar och/eller sladdar inte är klämda eller har lossnat.
- Kontrollera att luftinställningen överensstämmer med ordinationen i vårdplanen.
- Håll madrassen ren enligt bruksanvisning.
- Minimera antal lager såsom draglakan, hygienunderlägg osv. mellan brukare och madrass.

Vid fel och brister på en luftväxlande madrass gör först en felsökning enligt den checklista som brukar sitta på kompressorn. Saknas checklistan se bruksanvisning. Om felet ej avhjälpes skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk, rapportera till ordinatör eller dennes ersättare som ansvarar för åtgärder.

**Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal**

Checklista

ANTIDECUBITUSDYNA,

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatrör..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera
utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera
till ordinatrör.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att **hjälpmedlet är rätt placerat** i stol.
Är Du osäker – se bruksanvisning.
- Kontrollera att dyna med luft inte läcker.
- Rengöring enligt bruksanvisning
- Dyna med luftkuddar ska skakas varje dag.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/anhörig/
omvårdnadspersonal

Checklista

TIPPBRÄDA

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatór.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att bromsarna fungerar.
- Kontrollera höj - och sänkfunktionen.
- Kontrollera att säkerhetsbälten och att dess fästen finns och är hela.

Vid behov:

- Kontrollera att klädseln är hel.
- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen.
- Rengör enligt bruksanvisning.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista

STÖDHANDTAG

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinör..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinör.

Varje användningstillfälle:

Kontrollera att hjälpmedlet står stabilt och inte sitter löst.

Inga generella anvisningar kan ges hur man ska sköta denna produkt då det skiljer mycket beroende på modell. Viktigt att följa säkerhetsföreskrifterna i bruksanvisningen.

Varje månad och/eller vid behov:

Rengör med rengöringsmedel, enligt bruksanvisning.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista

ARBETSSTOL och STÅSTOL

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.

Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatór.

Varje användningstillfälle:

- Kontrollera att bromsarna fungerar.

Varje månad och/eller vid behov:

- Kontrollera att doppskorna inte är blankslitna eller spruckna.
- Kontrollera att skruvarna och reglagen är åtdragna.
- Kontrollera att hjulens infästningar sitter fast – får ej glappa.
- Kontrollera höj- och sänkfunktionen.
- Kontrollera att klädseln och armstödsplattorna är hela.
- Ta bort smuts, hår etc. som fastnat i hjulen.
- Rengör enligt bruksanvisning.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Manuped, arm/bentränare och ståstöd

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning. Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera till ordinatör.

Varje användningstillfälle:

Manuped och arm/bentränare:

- Kontrollera att inget kan komma i kläm och att handtag och pedaler går lätt och är ordentligt fastsatta.
- Kontrollera att brukaren inte har löst sittande kläder, då dessa kan komma in i rem, handtag eller pedaler.

Ståstöd:

- Kontrollera att höjdinställnings vreden är ordentligt åtdragna.
- Lämna inte brukaren i stående ställning obevakad.
- Placera ståstödet på plant underlag.

Varje månad och/eller vid behov:

- Rengör enligt bruksanvisning.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal

Checklista
Tyngdtäcke

Ordinerad till.....
Personnummer.....
Individnr/serienr.....
Ordinatór..... Tfn.....
Bruksanvisning utlämnad.....(datum och sign)



Var noga med att följa tillverkarens anvisningar, se bruksanvisning.
Det är otillåtet att själv utföra förändringar, justeringar eller montera
utrustning på hjälpmedlet.

Vid fel och brister skall hjälpmedlet omedelbart tas ur bruk. Rapportera
till ordinatór.

Tyngdtäcket bör inte ligga på golvet av hygieniska skäl samt att det är en
snubbelrisk.

Varje användningstillfälle:

- Kontroll av produktens sömmar
- För att minska tvättbehovet skall täcket stoppas i ett påslakan på
samma sätt som med ett vanligt täcke.

Vid behov:

- Tvättas enligt leverantörens anvisningar.

Ansvarig för ovanstående åtgärder: Patient/närstående/
omvårdnadspersonal