



Pers.nr:.....

STANDARDVÅRDPLAN

Vid trycksårsrisk Namn:.....

Vid trycksår Grad:.....

Upprättad den Enhet:.....

Mål: <input type="checkbox"/> inga trycksår ska utvecklas <input type="checkbox"/> trycksår ska läkas inom veckor.
Information, rådgivning och undervisning till: <input type="checkbox"/> patient <input type="checkbox"/> närstående <input type="checkbox"/> omvårdnadspersonal
Omgivningsanpassning av: <input type="checkbox"/> säng <input type="checkbox"/> stol
Övervakning av näringsintag: <input type="checkbox"/> observation av måltid <input type="checkbox"/> registrering av energi- och vätskeintag
Nutritionsbehandling: <input type="checkbox"/> mellanmål <input type="checkbox"/> berikning av maten <input type="checkbox"/> protein- och energirik kost <input type="checkbox"/> kosttillägg <input type="checkbox"/> minska nattfasta till max 11 tim. <input type="checkbox"/> matning <input type="checkbox"/> vätskelista – bör dricka ml/dygn <input type="checkbox"/> sond/PEG <input type="checkbox"/> parenteral näringstillsförsel
Tryckavlastning: <input type="checkbox"/> förebyggande madrass <input type="checkbox"/> tryckavlastande madrass <input type="checkbox"/> kuddar för avlastning <input type="checkbox"/> hälskydd <input type="checkbox"/> eli-glide
Förflyttning: <input type="checkbox"/> mobilisering <input type="checkbox"/> träning i att ändra kroppsställning <input type="checkbox"/> vändschema -lägesändring <input type="checkbox"/> varannan timme <input type="checkbox"/> var 3:e timme <input type="checkbox"/> > 3:e timme
Övervakning av hudkostymen – speciellt utsatta ställen, t.ex. stjärt, skuldror, hälar, anklar: <input type="checkbox"/> en gång per dag eller oftare <input type="checkbox"/> en gång i veckan eller oftare Omedelbar rapport till sjuksköterska om ny hudrodnad kvarstår eller om nytt sår uppkommer!
Hudvård: <input type="checkbox"/> extra hygieniska vårdåtgärder på
Sårvård: <input type="checkbox"/> sårbehandling med <input type="checkbox"/> omlägningsfrekvens
Uppföljning/utvärdering: dag:..... månad:..... år:.....
Kontaktperson/omvårdnadspersonal:
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska:



Fers.nr:.....

STANDARDVÅRDPLAN

Vid trycksårsrisk Namn:.....

Vid trycksår Grad:.....

Upprättad den Enhet:.....