

# TopSheet & WendyLett

SystemRoMedic™

  
  
Utprovningsprotokoll



Vårdtagarens namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

**Obs:** TopSheet (art.nr. 1520) används endast tillsammans med WendyLett (art.nr. 1634 alt. 1641) och WendyLett4Way (art.nr. 1637 alt. 1647). TopSheet kan även användas tillsammans med TurnSheet (art.nr. 1580 alt. 1590).

## Syfte med hjälpmedlen:

Tex. underlätta vändningar, bättre vårdergonomi, mindre smärta vid vändning, ökad trygghet...

---

---

---

## I vilka situationer används hjälpmedlen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tillfällig vändning till höger sida | <input type="checkbox"/> Tillfällig vändning till vänster sida |
| <input type="checkbox"/> Positionering på höger sida         | <input type="checkbox"/> Positionering på vänster sida         |
| <input type="checkbox"/> Sköta nedre hygien                  | <input type="checkbox"/> Sårömläggning                         |

Övrigt: \_\_\_\_\_

## Vilken storlek på WendyLett används?

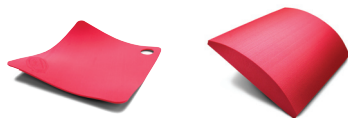
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> WendyLett 140x200 cm | <input type="checkbox"/> WendyLett 200x200 cm alt. 200x90 cm med snörslås |
|---|---|

## Vilken storlek på WendyLett4Way används?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> WendyLett4Way 140x200 cm | <input type="checkbox"/> WendyLett4Way 200x200 cm |
|---|---|

## Dessa tillbehör används:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Extra underdel till TopSheet, antal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Antihalkmatta/AntiSlip                     |
| <input type="checkbox"/> Komfortkudde/ComfortCushion                |



## Förberedelser/Placering i säng:

Tex: Skarven mellan över och underdel placeras i höjd med höftkammen

---

---

---

---

---

# Instruktioner för användning

Vårdtagarens namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

## Har den personal som använder hjälpmedlet:

Läst bruksanvisningen:

Ja  Nej

Fått praktisk instruktion i förflyttning av vårdtagaren:

Ja  Nej

## Instruktioner till personalen:

Tex. Hög grinden på den sida ni vänder mot. Placering av huvud/ armar/ händer? Placering av ben/ fötter? Använd sängens funktioner.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Antal medhjälpare: \_\_\_\_\_

## Instruktioner till vårdtagaren:

Tex. På vilket sätt kan vårdtagaren vara aktiv? Vilka instruktioner används?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Utprovad av arbetsterapeut / sjukgymnast:

Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handicare AB  
Veddestav. 15, Box 640  
SE-175 27 Järfälla  
SWEDEN

Tel: +46 (0)8-557 62 200  
Fax: +46 (0)8-557 62 299  
E-mail: info@handicare.se

Internet: www.handicare.com

## Vid förändringar eller frågor kontakta utprovaren!

Manualer och instruktioner om funktionstest finns på  
Handicarens hemsida [www.handicare.com](http://www.handicare.com)

