

Namn:	Diagnos:	Datum:
Identifiering via: <u>Individnummer</u>	<u>Kundnummer</u>	<u>Arbetsorder</u>
Förskrivare:	E-post:	Telefon:

Vem/Vilka kommer att vara med vid utprovningen av GPS-larm

--

Målet med utprovningen och larmet

Vilka aktiviteter ska kunna utföras utan oro, vad hoppas man ska undvikas:
Patientens/närståendes/personals önskemål:
Förskrivarens synpunkter:

Beskriv i korthet personens svårigheter i olika aktiviteter

Minnesförmåga, orienteringsförmåga, initiativförmåga, sinnestillstånd:
--

När på dygnet ska larmet användas?

Beskriv kortfattat personens boendemiljö

Villa, lägenhet, i stan, på landet, ordinärt boende, SÄBO:

Frågor om hur larmet ska fungera (aktivt och passivt)

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Ska patienten kunna larma från GPS-larmet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Ska larmet ge larm när patienten lämnar en geografisk zon? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Ska geografiska zonen finnas runt bostaden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Ska geografiska zonen finnas på fler ställen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Vem/vilka ska vara larmmottagare: _____

Larmmottagare kan positionera var personen befinner sig samt även ringa till larmet om sådan funktion finns inbyggt i larmet.

Behövs hjälp med av- / påtagning av larmet?

- Ja _____ Nej
- Vem?

Vem ska sköta laddning av enhet? (daglig rutin)

Namn: _____

Vilken tillgång till teknik har larmmottagaren (närstående/personal)?

Stationär dator med internetuppkoppling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Laptop med internetuppkoppling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Surfplatta med internetuppkoppling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Smartphone med internetuppkoppling	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Smartphone med mobilsva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Äldre mobiltelefon	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Kan larmmottagare (närstående/personal) hantera tekniken?

Ta emot SMS	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ta emot mobilsva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ringa via kontakter i mobilen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Söka på en hemsida	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ha koll på lösenord	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tolka GPS-position på en karta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Övrigt, viktigt att känna till

Har patienten gett samtycke till trygghetsteknik/tillsyn/övervakning

Ja Nej

Kommentar:

Skickas tillsammans med arbetsorder med funktionen **Bifoga fil** i webbsesam.