

Bilaga 3

Beslut om skyddsåtgärd (vid beslut, omprövning och upphörande)

Patient/ vårdtagares namn: _____

Patient/ vårdtagares personnummer: _____

Boende: _____

Ordinatör/ förskrivare: _____

Skyddsåtgärd: _____

Orsak till skyddsåtgärd: _____

Tidsperiod för användning: fr.o.m.: _____ t.o.m.: _____

Tidpunkt på dygnet för användning: _____

Analys är genomförd

Samtycke har inhämtats

Typ av samtycke: _____

Närstående är informerade Namn: _____

Uppföljning/ omprövning planerad: _____

Ansvarig för uppföljning/ omprövning: _____

Övriga anteckningar: _____

Datum och anledning för upphörande: _____

Beslut fattat av:

Underskrift ansvarig legitimerad personal

Namnförtydligande ansvarig legitimerad personal

Befattning

Detta är en journalhandling

Kopia till MAS i ett slutet kuvert