

Epilepsilarm (EP-larm) – Checklista

Använd checklistan som ditt eget stöd vid kartläggning. Vill du skicka in den till oss gör du en arbetsorder för utprovningstöd i webSesam samt mejlar detta dokument ifyllt till hmv.blankett@regionvasterbotten.se

Namn	Datum
Telefonnummer	Arbetsordernummer
E-postadress	Användarens initialer

TÄNKT ANVÄNDNINGSSOMRÅDE

Vad är syftet med larmet?
Vad ska ske/åtgärdas när larmet utlöses?
Finns läkarordination på åtgärd vid anfall (Medicinering, observation, registrering)?

TYP AV ANFALL

Hur ser anfallen ut?
Vilka kroppsdelar är involverade?
Hur länge och hur ofta?
Vilken tid på dygnet?

ANHÖRIGA/PERSONAL

Vem/vilka deltar vid installationen?
Hur förmedlas ev. åtgärdsplan till anhöriga/anställd personal?
Om anställd personal ska hantera larmet – vilken chefsposition är ansvarig för att förmedla rutinerna till ny/tillfällig personal?
Vem ansvarar för uppföljning?

ANNAT LARM

Används någon annan typ av larm (t.ex. uppmärksamhets- eller trygghetslarm)?
--

ÖVRIGT

Är något annat av vikt för installationen (t.ex. hörsel-, syn- eller kognitionsnedsättningar)?
--