

Utprovning av inkontinenshjälpmedel

Utvärdering skall göras under minst två dygn. Dryckesmätning ska föras parallellt.

Enhet _____ Datum _____ Namn _____ Personnummer _____

Skydd på Klockslag	Hjälpmedel Skydd	Byxa	Sign	Skydd av Klockslag	Vägning gram		Läckage?	Varför tror du det blev läckage?	Avföring	Toalettbesök	Sign
					Före	Efter					
							Ja Nej				
							Ja Nej				
							Ja Nej				
							Ja Nej				
							Ja Nej				
							Ja Nej				
							Ja Nej				
							Ja Nej				

Resultat/Bedömning: