



Bilaga 2. Checklista för behovsanalys av skyddsåtgärd

Patient _____ Personnr _____

Verksamhet och enhet _____ Datum _____

- Genomgång av patientens eventuella behov av skyddsåtgärder
- Genomgång av tidigare prövade åtgärder
- Genomgång av patientens fysiska förmåga
- Genomgång av patientens kognitiva förmåga
- Genomgång av miljö/omgivningsfaktorer som kan inverka
- Genomgång av möjliga åtgärder
- Genomgång av nyttan av eventuella åtgärder
- Genomgång av eventuella risker som kan föreligga om eventuella skyddsåtgärder genomförs
- Genomgång av eventuella restriktioner

Genomgång utförd, datum _____

Deltagare vid genomgången _____

Uppföljning, datum _____