Dispensansökan Hjälpmedel för urinblåsa\_tarm

Ansökan för förskrivning av hjälpmedel för urinblåsa/tarm (omfattar förbrukningsartiklar vid urininkontinens, urinretention eller tarminkontinens enligt 4 kap. 1-2, [SOSFS 2008:1](https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/lagar-och-foreskrifter/foreskrifter-och-handbocker/sosfs-20081/)) utanför förskrivarsortimentet.

**Kriterier**

Innan en dispensansökan blir aktuell för bedömning ska patienten utredas och behandlas enligt [Vårdprogram för urininkontinens och/eller blåsdysfunktion](https://www.regiondalarna.se/contentassets/b632134047f6442ba95923fc6c43aa13/regionala-samverkansdokument/vardprogram-urininkontinens-och-eller-blasdysfunktion-20180601---20211231-original_diariefort_ver.2.pdf). Individuell behovsbedömning och utprovning ska påvisa att medicinska skäl föreligger, där hjälpmedelsbehovet inte kan uppfyllas inom upphandlat sortiment. Förskrivning ska ske enligt [SOSFS 2008:1](https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20081-om-anvandning-av-medicintekniska-produkter-i-halso--och-sjukvarden/).

**Tillvägagångssätt**

**Efterfråga dispensprodukt**

Förskrivaren kontaktar Dalarnas hjälpmedelscenter, kontinenssamordning, för produktrådgivning och prisuppgift på önskad produkt.

* Kontinensamordning kontinenssamordning.hjalpmedelscenter@regiondalarna.se
* tfn 0243-(4)97839, 0243-(4)97882

**Ansökan**

Ansökan ska godkännas av chef med kostnadsansvar för förskrivningen.

Förskrivaren mejlar ansökan (utan patientuppgifter) till kontinenssamordning.hjalpmedelscenter@regiondalarna.se

### Registrering vårdtagare

Förskrivaren registrerar vårdtagaren på enhetens kundnummer i förskrivarportalen. Därefter kontaktas kontinenssamordningen via telefon för att lämna vårdtagaruppgifter innan förskrivning kan ske.

**Förskriva och beställa**

* Kontinenssamordningen lägger till produkten på vårdtagaren
* Förskrivaren gör därefter förskrivningen i förskrivarportalen

Dokumentera förskrivningen i patientjournalen.

**Giltighetstid och uppföljningsansvar**

Dispensansökan gäller ett år. Vid överrapportering till annan vårdgivare ska ny dispensansökan ske.

Godkänt av Beredningsgrupp Hjälpmedel Dalarna 2020-04-23.

|  |  |
| --- | --- |
| **Förskrivande enhet** |  |
| Vårdplats - Enhetens namn*\_*. | Kund nr OneMed (6 siffror)*\_*. |  Datum för ansökan*\_*. |
| Verksamhetschefens E-post*\_*. | Telefon*\_*. |
| **Förskrivare** |  |
| Namn*\_*. | Befattning*\_*. |
| Förskrivarens E-post*\_*. | Telefon*\_*. |
| **Patientuppgifter** lämnas till kontinenssamordningen via telefon. |
| **Beskriv patientens behov utifrån utredning och behovsbedömning enligt vårdprogrammet:** Ange datum och resultat av t.ex. läckagemätning, urinmätning, toalettassistansschema.**Vilket/vilka hjälpmedel inom upphandlat sortiment har provats?**Ange produktnamn, storlek/absorption alt. charrier/längd samt vad som saknas för att uppfylla patientens behov.**Beskriv hur dispensproduktens funktion tillgodoser patientens behov.** |

**Dispensprodukt som ansökan gäller:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lev. artikel nr.*\_*. | Produktnamn*\_*. | Storlek/Absorption alt. charrier/längd*\_*. |
| Beräknad förbrukning per dygn*\_*. | Förskrivningsperiod (max ett år) *\_*. | Datum för planerad uppföljning*\_*. |
| Vid förskrivning av urinkatetrar, uretrastöd, analproppar eller irrigationssystem - ange **behandlande läkare** *\_*. |
| **Dispensen är godkänd och beviljad av:**  |
|  Chef med kostnadsansvar på förskrivande enhet *\_*. | Datum*\_*. |

 *Efter registrering i förskrivarportalen förstörs detta dokument. Följande uppgifter sparas hos Dalarnas Hjälpmedelscenter under avtalsperioden:*

 *Förskrivande enhet, förskrivare, produkt samt giltighetsdatum.*