

# Molift Raiser Pro

## Användarguide

**molift®**

- Molift Raiser Pro är avsedd för aktiva patienter som har gripfunktion och kan bära sin egen kroppsvikt.
- Låt patienten vara så aktiv som möjligt under förflyttningen.
- Det är viktigt att Molift Raiser Pro är utprovad och att en riskbedömning är gjord och dokumenterad för den enskilda patienten och tänkt förflyttning.

Patientens namn: \_\_\_\_\_

### Förflyttningssituationer då Molift Raiser Pro ska användas:

- Balansträning
- Ståträning
- Applicering av lyftsele
- Förflyttning längre bak i stol
- Överflyttning säng-rullstol/hygienstol
- Överflyttning rullstol-toalett
- Överflyttning rullstol-annan sittplats

Övriga kommentarer: \_\_\_\_\_



### Tillbehör att använda:

- Trygghetsband Assist Strap
- Trygghetsband med glidhylsa Assist Sleeve
- Trygghetsband med glidhylsa Assist Belt
- Uppresningshandtag Molift Raiser Soft Handles
- Förhöjningsplatta Molift Raiser Pro
- Hälband Molift Raiser Pro



Trygghetsband Assist Strap



Uppresningshandtag Soft Handles



Trygghetsband med glidhylsa Assist Sleeve



Förhöjningsplatta Molift Raiser Pro



Trygghetsband med glidhylsa Assist Belt



Hälband Molift Raiser Pro

Antal vårdare: \_\_\_\_\_

Inställning av underbenstödet enligt skala på röret: \_\_\_\_\_

Placering av patientens händer: \_\_\_\_\_



Markera placering av patientens händer med kryss på handtaget.

Vid frågor, kontakta:  
Etac Sverige AB  
Box 203  
334 24 Anderstorp

tel kundservice 0371-58 73 00  
fax kundservice 0371-58 73 90  
info@etac.se  
www.etac.se

© Etac Sverige AB 2024-04-14

sidan 1 av 2

**etac®**  
Creating Possibilities

# Molift Raiser Pro

## Användarguide

**molift**<sup>®</sup>



### Instruktioner till omvårdnadspersonalen:

- Placera ena foten på bottenplattans kant
- Uppmana patienten att resa sig samtidigt som du håller emot med din fot och hand
- Om trygghetsband med glidhylsa används, placeras detta långt ned med kanten mot sittytan.  
(Se dokument med "Produktblad-Användning Assist Sleeve" på Etacs hemsida)

Övriga kommentar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Utprovad av: \_\_\_\_\_

Datum och kontaktuppgifter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Om patientens tillstånd förändras, kontakta den person som provat ut hjälpmedlet.