# Underlaget avser prioritering av integration till TakeCare

*Det här underlaget kommer ligga till grund för beslut om prioritering för en viss integration. Fyll i så mycket detaljer som möjligt så underlättar det för gruppen som arbetar med prioriteringar. Då vi integrerar på vårdgivares uppdrag* ***så krävs det att underlaget signeras av en hos vårdgivaren delegerad person****.*

**Vårdgivare**

Information om den/de vårdgivare som vill integrera

|  |
| --- |
| NAMN (vårdgivare) |
| HSAID (vårdgivare) |
| För- och efternamn (behörig beställare) |
| HSAID (behörig beställare) |
| Telefon/mobil (behörig beställare) |
| E-post (behörig beställare) |

Fyll på med flera vårdgivare här, om det är flera vårdgivare som står bakom önskan om att integrera

**Teknikleverantör**

Namn och organisationsnummer till den teknikleverantör som bistår integrationen

|  |
| --- |
| NAMN |
| Organisationsnummer |

Kontaktperson hos teknikleverantören

|  |
| --- |
| För- och efternamn |
| Telefon/mobil |
| E-post |

## Vilket område avser integrationen?

|  |
| --- |
| **Domän** |
| [ ]  Incheckning |
| [ ]  Tidbok |
| [ ]  NPÖ-kontrakt (GetMedicationHistory, GetCareDocumentation, GetAlertInformation mm)[ ]  Skriva journaltext[ ]  Skriva mätvärden[ ]  Annat ange \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Kort beskrivning

Ge en kort beskrivning av tänkt lösning

|  |
| --- |
|  |

## Vad är orsaken till att man vill integrera?

Flera val är möjliga

|  |
| --- |
| **Orsaker** |
| [ ]  Patientsäkerhet |
| [ ]  Lagkrav |
| [ ]  Verksamhetsnytta [ ]  Informationssäkerhet[ ]  Annat ange \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Förtydligande av orsaker

Förtydliga gärna nedan, de orsaker som kryssats i ovan

### 3.1 Patientsäkerhet

Beskriv på vilket sätt integrationen ökar patientsäkerheten

|  |
| --- |
|  |

### 3.2 Lagkrav

Beskriv vilket lagkrav som uppfylls om integrationen genomförs

|  |
| --- |
|  |

### 3.3 Verksamhetsnytta

Beskriv på vilket sätt man uppnår verksamhetsnytta om integrationen genomförs.

|  |
| --- |
|  |

Ange gärna timmar sparade per vecka som ett mått för vårdgivare i helhet.

|  |
| --- |
|  |

### 3.4 Informationssäkerhet

Beskriv på vilket sätt man uppnår ökad informationssäkerhet om integrationen genomförs.

|  |
| --- |
|  |

### 3.5 Annat

Lägg till beskrivning här

|  |
| --- |
|  |

## Signering

### 5.1 Signera själv

1. Spara denna fil som PDF
2. Använd digital signeringstjänst som använder sig av Bankid, HSAID eller Freija
3. Mejla den signerade filen till rvlp@regionstockholm.se

### 5.2 Utan egen möjlighet till signering

1. Ange informationen nedan så hjälper vi er att signera
2. Mejla sen denna fil tillrvlp@regionstockholm.se så skickar vi ut en ping till er om signering

|  |  |
| --- | --- |
| Namn  |  |
| E-postadress  |  |
| Personnummer  |  |
| Mobilnummer  |  |