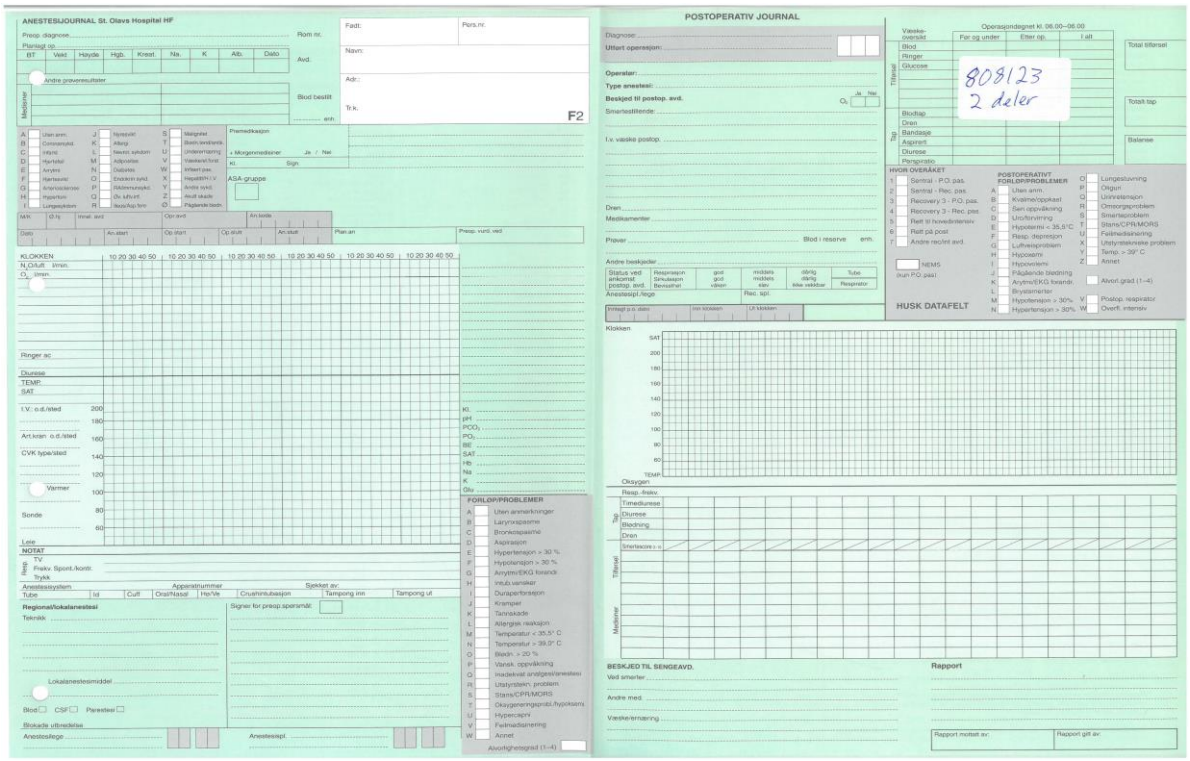
Artikkelnr. St.Olavs	Artikkelnavn
808123	ANESTESIJOURNAL 079
808119	BLODSUKKERKURVE-VOKSEN 063
808111	BLODTRANSFUSJON 011 F2
808118	EKG-ARK 045 D1
808281	FORORDNINGSSKJEMA NEVROKIR OVERVÅKNING
8081104	FØLGESKJEMA LEGEMIDDELANAMNESE
808270	HENVISNING TIL BENTETTHETSMÅLING STO 040
8081100	HJELPEKURVE MEDIKAMENTER 159 F2
808122	INTENSIVSKJEMA 078
808284	INTENSIVSKJEMA ST.O. 200 F2
808202	JOURNALOMSLAG
808274	KARD.INTENSIVSKJEMA 116 A
808124	KORTJOURNAL 150
808117	OPERASJONSSKJEMA 039
808136	PLAN FOR UTREDNING 097, F3
808121	PT-MAREVANKURVE 072
8082110	SMERTESKJEMA/OBS BARN 16 ÅR ELLER YNGRE
808276	SMERTESKJEMA/OBS BARN OVER 16 ÅR
808251	SØKNAD PERMISJON/TILSKUDD
808255	TELEMETRIOVERVÅKNING.STO 054
808112	TEMPERATURKURVE 015A / F1A
808114	TEMPERATURKURVE 015B / F1B
566006	Spørreskjema ved blodgivning



F2

BLODSUKKERKURVE

St. Olavs Hospital HF

Fød.nr.:

Navn:

Adr.:

Tr.k.:

Avdeling:

808119

Blodsukker og doseringer føres under aktuelle kl.slett. (Doseringer: Ant. enheter + første bokstav i insulinets navn.)

Dato	Lab / Stix	**Blodsukker** kl. 08	10	12	14	16	18	20	22	natt	Urin Keton		**Insulindoseringer/tablettdoseringer** kl. 08	10	12	14	16	18	20	22	HBA 1_c
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									
	Lab											Dose									
	Stix											Sign.									

Merknader: (Her føres f.eks. hvilken insulinpenn pasienten bruker.)

SIO 808 119 - bl.nr. 063 - 2500-08.15 Trykkpartner AS R2041

PLAN FOR UTREDNING

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Avd:

Post:

Fød.nr.:

Navn: 808136

Adr.:

Tr.k.:

F3

REKV. DATO	ORDINASJONER	UTF. DATO	RESULTAT	LEGE SIGN

SLO 808 136 - bl.nr. 097-2500-09.15 Trykksamer AS

BLODTRANSFUSJONER

St. Olavs Hospital HF

Olav Kyrres gt. 17

7006 Trondheim

Fød.nr.

Navn: 808111

Adr.:

Tr.k.

F2

Transf.-nr.	Transfusjonsmerke. Påfør dato.	Sign.	Transf.-nr.	Transfusjonsmerke. Påfør dato.	Sign.

SK808 111 BI 011-2000-10.14 - PK-Trykk 72 87 91 40

EKG-ARK

St. Olavs Hospital HF
Olav Kyrres gate 17
7006 Trondheim

Fød.nr.:

Navn: 808118

Adr.:

Tr.k.

D1

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

9081104
Framside

Følgeskjema legemiddelanamnese

Pasientdata	
Pasient ID, klistrelapp	Dette skjemaet skal ikke fylles ut for de pasienter som med sikkerhet ikke bruker legemidler ved innleggelse. Her skal det i innkomstjournal anføres at pasienten ikke bruker legemidler og hvem som er kilde til denne informasjonen

Helsepersonell ved eller før innleggelse		
Bruker pasienten legemidler ved innkomst?	☐ Ja ☐ Vet ikke *Se intervjuguide på baksiden*	
Mottar pasienten hjelp til legemiddelhåndtering?	☐ Ja hvis ja → ☐ Nei	☐ Kommunehelsetjeneste ☐ Pårørende ☐ Andre
Har pasienten multidose? Bruker pasienten dosett?	☐ Ja ☐ Nei ☐ Ja ☐ Nei	

Kilde til legemiddel-informasjon *Se intervjuguide på baksiden*	Eventuelle lister festes til dette skjema	Informasjonen er:
Pasient	**Legemiddelintervju gjennomført** ..... *Dato/signatur*	☐ Sikker ☐ Mangelfull
Pårørende	**Legemiddelintervju gjennomført** ..... *Dato/signatur*	☐ Sikker ☐ Mangelfull
Fastlege	☐ **Legemiddelliste i henvisningsskriv** ☐ **Medbrakt legemiddelliste**	☐ Sikker ☐ Mangelfull
Kommunehelsetjenesten	☐ **Legemiddelliste** (telefon, faks, papir, e-melding)	☐ Sikker ☐ Mangelfull
Andre legemiddelrelaterte opplysninger/ev. andre kilder		

Lege ved sengepost og intensivavdeling	
Samstemming av legemiddelinformasjon mot kurve utført ☐ Ja	*Dato/signatur*

Skannes til F5 Legemiddelanamnese (sk) sammen med eventuell legemiddelliste

PT-INR/MAREVANKURVE

Peroral antikoagulasjonsbehandling

Avdeling:

Fød.nr.:

Navn:

Adr.:

Tr.k.:

808121
Framside

Ønsket nivå av PT-INR:

Indikasjon for antikoagulasjon:

F2

Dato																
MAREVAN (mg eller tbl)																
Sign. lege																
Sign. sykepl.																
PT-INR bestilles																
PT-INR 4																
PT-INR 3																
PT-INR 2																
PT-INR 1																
Dato																
MAREVAN (mg eller tbl)																
Sign. lege																
Sign. sykepl.																
PT-INR bestilles																
PT-INR 4																
PT-INR 3																
PT-INR 2																
PT-INR 1																

808121-072-1000-08.15 Trykkpartner AS

OBSERVASJON/BEHANDLING

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Avd.:

Post:

Fød.nr.:

Navn: 808112

Adr.: Framside

Tr.k.:

F1a

Allergi/cave:	Steroider:	Innlagt dato/år:	Ark nr.:	Overført:	Høyde:	Vekt:
		Ansvarlig lege:				
		Diagnose:				
		Operasjon:				

Opr.dag:

• Puls	150	41°					
	130	40°					
x Temp.	110	39°					
	90	38°					
	70	37°					
	50	36°					
Puls morgen/kveld			/	/	/	/	/	/	/
Blodtrykk morgen			/	/	/	/	/	/	/
Blodtrykk kveld			/	/	/	/	/	/	/
Tidspunkt medisinering			6-12 12-16 16-20 20-6	6-12 12-16 16-20 20-6	6-12 12-16 16-20 20-6	6-12 12-16 16-20 20-6	6-12 12-16 16-20 20-6	6-12 12-16 16-20 20-6	6-12 12-16 16-20 20-
Signatur ansvarlig sykepleier									
MEDIKAMENTER	Adm. måte	Lege sign ↓							

← Faste medikamenter

Medikamenter v/behov →

Med. gitt i akuttmottak/sign.

Med. v/tilfeldig behov/sign.

SI.O 808 112 (0154)-20.000-08.15 Trykksamer AS 82054

HJELPEKURVE FOR MEDIKAMENTER

Avd./Post:

Gjelder medikamenter som gis hyppig og til uregelmessige intervaller, når det ikke er tilstrekkelig plass på den ordinære medisinske kurven.
NB! Ved bruk skal det alltid henvises til denne på den ordinære kurven, slik at det er samsvar.
Skjemaet arkiveres i journalen under gr. F.

Fød.nr.:

Navn: 8081100

Adr.:

Tr.k.:

F2

Medikament
Dosering og adm.måte: Se kurve

Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.

Medikament
Dosering og adm.måte: Se kurve

Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.

Medikament
Dosering og adm.måte: Se kurve

Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.

Medikament
Dosering og adm.måte: Se kurve

Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.	Dato	Kl.	Dose	Sign.

SIO 808 1100 - 2500-10.15 Trykkpartner AS

OBSERVASJON/BEHANDLING

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Avd.:

Post:

Fød.nr.:

Navn:

Adr.:

Tr.k.

808114
Framside

F1b

Utstyr (kateter, kanyler, CVK o.l.)

ÅR: DATO:							
Sårskift							

Drikke, sondeernær., Blodprod., Infusjoner/elektrol.

VÆSKETILFØRSEL

	Lege sign.	Ordinert	Gitt	Ordinert	Gitt	Ordinert	Gitt	Ordinert	Gitt	Ordinert	Gitt	Ordinert	Gitt	Ordinert	Gitt
KOST															
Sum Væsketilførsel															

VÆSKETAP:

Sonde							
Dren							
Brekning							
Diurese							
Perspirasjon							
Sum Væsketap							
Væskebalanse							
Total væskebalanse							
Vekt							
Avføring							
Blod i avføring							

UNDERSØKELSER:

Ord. dato	UNDERSØKELSE	Utf. dato	RESULTAT	Ord. dato	UNDERSØKELSE	Utf. dato	RESULTAT

SLO 808 114 20.000 - 07.15 Trykksamer AS

INTENSIVSKJEMA

St. Olavs Hospital HF **F2**

Dato:
Ark. nr.:

Navn
Fød.nr.:
Innlagt:
Diagnose: 808122

Forordninger

Væske:

Ønsket døgnbalanse:

Væskebalanse: 14: 22: 06:

Medikamenter:

Innlagt:

Prøver/us:

Innstilte alarmgrenser:

KL 08 MV: Ø ..... l, N l
TT: ..... cm H_2O

KL 16 MV: Ø ..... l, N l
TT: ..... cm H_2O

KL 23 MV: Ø ..... l, N l
TT: ..... cm H_2O

BLOD I RESERVE

BI 808 122 SIO 078 - 2500 - 03.13 - PKTryka 72 87 91 40 nsm

	Klokken	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
RESPIRASJON	Frekvens (S) IMV/Total																										Ansvarlig sykepl.
	Tidevolum Inn/Ut																										D:
	Minuttvolum Inn/Ut																										A:
	Oksygen																										N:
	Topptrykk/PEEP																										
	Innstilt PC/PS																										
	Pulsoxymetri O_2 %																										
	pH																										
	PCO_2																										
	PO_2																										
	BE																										
	SAT O_2 %																										
EL.	F = fysioterapi S = suging B = bæging R = rygg H = hø. ned V = ve. ned																										Na/K
																											ion Ca ++
																											Blods./Hb
TILFØRSEL																											
TAP	Blødning																										
	GI-sonde																										
	Timediurese																										
	Diurese																										
	ET CO_2																										
SIRKULASJON	220																										220
	200																										200
	180																										180
	160																										160
	140																										140
	120																										120
	100																										100
	80																										80
	60																										60
	40																										40
INJEKSJONER	Temperatur tå/rektum																										
	CVP/PCWP																										
	PAP/CO																										
	Pupillereaksj. (++++)																										
	ICP mmHg/CPP mmHg																										
	Smertescore (0–10)																										
	Søvn																										
	Fysioterapi/mobilisering																										
	Munnstell																										
	Stell																										

FORORDNINGSSKJEMA

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

INTENSIVAVDELINGEN

F.nr
Navn 808284
Adr.
Tr.K.

Innlagt intensiv:

Denne dato:

MEDIKAMENTFORORDNING I DAG

Adm. måte	Sign.	Kl.	Preparat og dosering	Ønskede målverdier (sirk./CNS/lab.prøver)	Sign. spl./kontrollert av			
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				

SENERE MODIFIKASJON

				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				
				Sign. Kl.				

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

809202
3 sider

PASIENTJOURNAL

KONFIDENSIELT

Fød.nr.

Navn

Adr.

Tr.k.

Tidl. navn:

Finnes passiv journal (B-journal) i arkivet?

☐ ja

MORS den:

KORTJOURNAL – PREOPERATIV VURDERING

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Avd./Post:

Fød.nr.

Navn: 808124

Adr.:

Tr.k.

F2

Diagnose

Planlagt operasjon

Er pasienten orientert om inngrepet?

Anamnese/status	**Normal**	**Patol.**
Cardial status:	☐	☐
Pulmonal status:	☐	☐
Leverstatus:	☐	☐
Nyrer:	☐	☐

	Ja	**Nei**
Allergi	☐	☐
Diabetes	☐	☐
Cortison	☐	☐
P-piller < 14 dager	☐	☐
Antikoagulasjon	☐	☐
Tidligere anestesiproblemer	☐	☐
Andre sykdommer	☐	☐

Puls | BT /

Skadet kl.:

Smittefare:

Grad av hast:

Bestilt blod/plasma:

Opplysninger vedrørende aktuelle og øvrige sykdommer/forordninger:

Medisiner:

	Ja	**Nei**
Rtg. Thorax	☐	☐
EKG	☐	☐

Tromboseprofylakse:

Rekvirerende lege sign.

Anestesilege sign.

SIO808 124 - Bl. 150 2500-11.14 PkTryk 72 87 91 30 Reg0750

OPERASJONSSKJEMA
St. Olavs Hospital HF

Fød.nr.:

Navn: 808117

Adr.: 3 deler

Tr.k.

Avdeling/Enhet

Protokollnr.

FØLGER PAS. ARKIVERES JOURNAL

F2

Avdeling:	Type operasjon:	Dersom meldt ø.hj.:	1 Ankomst:	Beh./opr. = 1 Us./Skiftn. = 2
Opr.seksjon:	Elektiv =0	Dato: Kl.:	2 Opr.start:	
Sengepost:	Ø.hj. Akutt =1 Innen 12 t =2	Opr.dato:	3 Opr.slutt:	Renhetsgrad: Rent = 1 Kontaminert = 2 Infisert = 3
Dagkirurgi: Ja ☐ Nei ☐	Mer enn 12 t =3	Opr.stue:	4 Ut av stue:	

Tillegg: Fritekst:

DIAGNOSEKODER m/TEKST. Sett hoveddiagnose først.

1:
2:
3:

OPERASJONSKODER m/TEKST. Sett hovedoperasjon først.

1:
2:
3:
4:
5:
6:

Personale:		Spesialist-utdannings-kategori
Operatør:		
1. assistent:		
2. assistent:		
3. assistent:		
4. assistent:		
Ass. sykepl.:		
Tilh. sykepl.:		
Tilh. sykepl.:		

Operasjonssykepleiers tiltak og rapport

Leie:	Dren:
Huddesinf.:	Medikamenter:
Lokalanestesi:	
	Prøver:
Diatermiplassering:	
Blærekat.:	Pas. opplevelse/reaksjon:
Skyllevæske:	

Rapport:

	Kompr., utstyr ktr. av:
	Sign.:

Kirurgens beskjeder vedr. postopr. behandling og videre oppfølging

Medikamenter postoperativt:

Fysio-/ergoterapi:	Rtg.kontroll:	Tidligste utreise:
Anbefalt tidsrom fra opr. til kontrollen:	Kontroll hos:	Sign.:
Muntlig rapport gitt av:	Mottatt av:	Kl.:

SLO.808 117 - BI. 039 - 01.15-10.000 Trykkpartner AS 72 87 91 30 R0001

HISTOLOGI

Rekvirent:

Rev.kode

Adr./Post:

Postnr./Rom:

Fød.nr.:

Navn:

Adr.:

Tr.k.:

808296

C

Avdeling for patologi og medisinsk genetikk
St. Olavs Hospital HF
Universitetssykehuset i Trondheim
N-7006 Trondheim
Tlf. 72 57 32 60

Prep.nr.:

Klinisk problemstilling:

Inneliggende ☐

Poliklinisk ☐

Tidl. histo/cytologi

Prep.nr. **Lab.** **År**

Preparatet består av:

Preparatet lagt i: den / 20 kl. Innsendt av lege:

Fiksering: Rikelig 4 % bufret nøytral formaldehydoppløsning (10 %) formalin.
Preparatbeskrivelsen må ikke benyttes til publikasjoner uten avdelingens samtykke.

SVAR:

SIO808 296 - 9000 - 11.14 - www.pkt/ykk.no 82204

566 006

Blodbankene i Norge **Skjema for blodgivere**

Velkommen til blodbanken!

Fyll ut (bruk blokkbokstaver):		
Etternavn	Fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
Privatadresse med postnummer Som før ☐		
Tlf privat	Tlf mobil	Tlf arbeid
Epostadresse		

	JA	NEI
Tillater du at blodbanken sender deg epost (innkalling, timepåminning, eventuell annen viktig informasjon)?		
Tillater du at blodbanken sender deg SMS (innkalling, timepåminning, eventuell annen viktig informasjon)?		

Blodoverføring er en uerstattelig del av moderne medisinsk behandling. Likevel kan både det å motta blodoverføring og det å gi blod medføre risiko.

- Noen sykdommer kan overføres med blod fra blodgiver til pasient. Man kan være bærer av overførbare smittestoffer uten selv å vite om det. En nylig smittet person kan være smittefarlig selv om testene ikke viser noe galt. Av den grunn må personer som kan ha blitt utsatt for smitte, ikke gi blod. Vi stiller derfor mange spørsmål som vedrører situasjoner der man kan ha blitt utsatt for smitte.
- Hvis man er frisk, er risikoen ved å gi blod svært liten. Noen sykdommer kan gi økt risiko for komplikasjoner etter blodgivning. Vi stiller derfor mange spørsmål om blodgiverens egen helse, for å være sikre på at han eller hun trygt kan gi blod.

Vennligst besvar spørsmålene nedenfor ærlig og oppriktig under forutsetning av blodbankpersonalets taushetsplikt. Blodbanken må ha full tillit til at de opplysningene som gis er riktige. Er du i tvil om du kan være blodgiver, kan du drøfte dette med den som kontrollerer spørsmålene.

Blodbanken har informasjonsmateriell om blodgivning. Hvis du ikke har lest dette tidligere, oppfordrer vi deg til å gjøre det nå!

Vennligst besvar	**JA**	**NEI**
Har du fått informasjon om blodgivning?		
Føler du deg frisk nå?		
Hvis du har gitt blod tidligere, har du vært frisk i perioden fra forrige blodgivning og til nå?		
Veier du 50 kg eller mer?		
Har du åpne sår, eksem eller hudsykdom?		
Har du piercing i slimhinne?		

Har du i løpet av de siste fire uker	**JA**	**NEI**
- brukt medisiner?		
- vært syk eller hatt feber?		
- hatt løs avføring?		
- fått vaksine?		
- vært hos tannlege eller tannpleier?		

Har du i løpet av de siste seks måneder	**JA**	**NEI**
- vært til legeundersøkelse eller på sykehus, eller fått behandling for noen sykdom?		
- fått behandling med sprøyter?		
- hatt kjønnssykdom, eller fått behandling for kjønnssykdom?		
- hatt seksuell kontakt med person med HIV-infeksjon eller hepatitt B eller hepatitt C, eller med person som har hatt positiv test for en av disse sykdommene?		
- hatt seksuell kontakt med person som bruker eller har brukt dopingmidler eller narkotiske midler som sprøyter?		
- hatt seksuell kontakt med prostituerte eller tidligere prostituerte?		
- blitt tatovert, fått piercing eller tatt hull i ørene?		

Wittusen & Jensen art.nr. 816344 - 12.14

Snu arket!

SMERTEBEHANDLING/OBSERVASJONSKJEMA – BARN 16 ÅR ELLER YNGRE

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Fød.nr.: 8082110

Navn:

Vekt: ..... kg Opr.dato .....

Diagnose .....

Operasjon **F2**

Paracetamol

Dose (15 mg/kg x 4) ..... mg x 4 p.o/i.v Ja ☐ Nei ☐

Dose (20 mg/kg x 4) ..... mg x 4 rektalt Ja ☐ Nei ☐

Eventuelt .....

NSAID på spesiell indikasjon:

Diclofenac: Dose (1 mg/kg x 3) ..... mg x 3 rekt./p.o Ja ☐ Nei ☐

Ketorolac: Dose (0,5 mg/kg x 3) ..... mg x 3 i.v Ja ☐ Nei ☐

Dato ..... Lege sign. .....

Caudal Ja ☐ Nei ☐

Annen nerveblokade Ja ☐ Nei ☐

Hvilken? .....

Anestesi i sår Ja ☐ Nei ☐ ..... kl. .....

Pasientstyrt analgesi (PCA)

Dato ..... Lege sign. .....

Programmert og startet av .....

Pumpeinnstillinger kontrollert av .....

Ev. endringer .....

Morfin 2 mg/ml Ja ☐ Nei ☐

Ketobemidon 2 mg/mg Ja ☐ Nei ☐

Dose per gang (20 µg/kg/dose) = ...

Sperretid ..... min

Ved avsluttet behandling

Restvolum i kassett ..... ml

Kassett med restvolum returneres sammen med pumpe.

INTRAVENØST MORFIN

Ev. endring .....

Vanligvis 50 µg/kg/dose morfin hver gang.

For denne pasienten: **Dose ..... mg**

Opplegg: Sykepleier på post vurderer pasienten hver 3. time. Ved mer smerte enn 2 i hvile (3 ved FLACC) settes morfin i.v. hvert 5. minutt til angivelsen er mindre enn 3 eller uttalte bivirkninger. Ved sedasjonsgrad 2, 3 og S, respirasjon lavere enn nedre grense for respirasjonsfrekvens eller smerteangivelse 0, 1 og 2, settes ikke morfin. På sengepost gis ikke morfin til barn under 6 måneder.

Dato .....

Lege sign .....

Epidural (EDA)

Kateterleie .....

.....

Testdose ..... Kl. .....

Dato ..... Lege sign. .....

Ev. endringer .....

Vanligste epiduralblanding til barn er bupivacain 2–2,5 mg/ml + adrenalin 2–2,5 µg/ml. I spesielle tilfelle kan det være aktuelt å tilsette clonidin 1,2 µg/ml eller fentanyl 2 µg/ml.
Maksimaldose Marcain epiduralt er 0,4 mg/kg/time.

Infusjon:

Marcain ..... mg/ml .....

Adrenalin ..... µg/ml .....

..... µg/ml .....

Startinfusjon: ..... ml/t

Maks. infusjonshastighet .....ml/t

Bolus ..... ml inntil 2 pr/t

Nedre grense for resp.frekvens

Nyfødte og spedbarn < 1 mnd	20 pr. min
Barn 1 mnd–barn 1 år	15 pr. min
Barn > 1 år	10 pr. min

Øyeblikkelig hjelp

Dersom respirasjonsfrekvens faller lavere enn oppgitte verdier

Narcanti (0,01 mg/kg/dose) ..... mg

Lege sign. .....

Vakthavende anestesilege kontaktes umiddelbart (call 3030)

Valgt smertevurderingsverktøy FLACC ☐ VAS ☐ BIERI ☐	Dato		Dato		Dato		Dato	
Observasjoner kl.slett								
Mengde gitt (epidural: ..... ml/t, i.v. morfin: ..... mg, PCA: avlest ..... ml								
Boluser gitt (PCA akseptert/forsøk I.V. morfin: ..... mg, Antall epidural/PNB bolus)								
Smerte i hvile (0 – 10) (f.eks. 6/2 før/etter behandling)								
Smerte ved hoste/bevegelse (0–10) (Beveg. ved ekstremitetskirurgi, ellers hoste)								
Sedasjon (0. våken, 1: lett trøtt, 2: mod.trøtt lett å vekke, 3: vansk. vekkbar, S: nat. søvn)								
Respirasjonsfrekvens pr. min.								
Kvalme (0: ingen, 1: lett, 2: mye, B: brekninger)								
Mobilisering (sitte = SI, stå = ST, gå = G, ikke utført = N)								
Urinretensjon (ja = J, nei = N, kateter = K)								
Motorisk funksjon (0-3)* for epidural								
Sykepleiesignatur								

***Motorisk funksjon:**
0: Normal bevegelighet i bena
1: Bøyer hoftene (kneløft) tungt
2: Løfter ikke kne
3: Beveger ikke i ankelledd

Start Kl. ..... Dato: .....

Senge-post Kl. ..... Dato: .....

Fortsettelse på nytt skjema Ja ☐ Nei ☐

Avslutning Kl. ..... Dato: .....

Behandling avsluttet grunnet komplikasjoner Ja ☐ Nei ☐

Hvis ja, hvilke komplikasjoner? .....

.....

F2

808276
Framside

Fød.nr.: ..... Navn: ..... Diagnose: ..... Operasjon: .....

SMERTEBEHANDLING/OBSERVASJONSKJEMA – PASIENTER OVER 16 ÅR

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Lengrevirkende opioid pre opr. Ja ☐ Nei ☐
Medikament ..... dose .....mg kl.....

Steroider pre/per opr. Ja ☐ Nei ☐
Medikament ..... dose .....mg kl.....

Anestesi i sår Ja ☐ Nei ☐ .....kl. .....

Paracetamol Dose ..... mg x 4 p.o. Ja ☐ Nei ☐

Eventuelt .....

På spesiell indikasjon:

NSAID: Diclofenac: Dose ..... mg x 3 p.o. Ja ☐ Nei ☐

Ev. Ketorolac: Dose ..... mg x ..... i.v. Ja ☐ Nei ☐

Dato ..... Lege sign .....

Pasientstyrt analgesi (PCA)

Dato ..... Lege sign. .....

Programmert og startet av .....

Pumpeinnstillinger kontrollert av .....

Ev. endringer .....

Morfin 2 mg/ml Ja ☐ Nei ☐

Ketobemidon 2 mg/ml Ja ☐ Nei ☐

Dose per gang ..... mg

Sperretid ..... min

Ved avsluttet behandling

Restvolum i kassett ..... ml

Kassett med restvolum returneres sammen med pumpe.

Perifer nerveblokade (PNB)

Type PNB: .....

Innlagt dato .....

Lege sign. .....

Infusjon:

Ropivakain 2 mg/ml

Infusjonshastighet ..... ml/t

Bolus med 10 ml 1 % xylocain med adrenalin x 4–6 per dag Ja ☐ Nei ☐

Ev. endringer .....

Epidural (EDA)

Kateterleie .....

Testdose ..... Kl. .....

Dato ..... Lege sign. .....

Infusjon:
Marcain 1 mg/ml, adrenalin 2 mikr/ml og Fentanyl 2 mikr/ml
Praktisk utblanding: Fentanyl 50 mikr.g/ml: 2 ml
Marcain 2,5 mg/ml+adrenalin 5 mikr/ml 20 ml
NaCl 9 mg/ml 28 ml

Startinfusjon ..... ml/t

Bolus ..... ml inntil 2 pr/t

Ev. endringer .....

Vakthavende anestesilege kontaktes (calling 30*6450 eller 30*6451) hvis: Systolisk blodtrykk <80, respirasjon <8/min., sedasjonsgrad 3, økende lammelse i beina etter sterke rygg-smerter. Alle disse pasientene skal ha venflon. Atropin, Efedrin og Narcanti skal være tilgjengelig.

INTRAVENØST MORFIN (standard) Ev. endring .....

Vanligvis 2,5 mg morfin hver gang.
Opplegg: Sykepleier på post vurderer pasienten hver 3. time. Ved mer smerte enn 2 i hvile settes morfin 2,5 mg i.v. hvert 5. minutt til angivelsen er mindre enn 3 eller uttalte bivirkninger. Ved sedasjonsgrad 2, 3 og S, respirasjon <8/min., eller smerteangivelse 0, 1 og 2 settes ikke morfin.

Dato ..... Lege sign .....

	Dato						Dato								Dato								Dato		
Observasjoner kl.slett		12	15	18	21	24	03	06	09	12	15	18	21	24	03	06	09	12	15	18	21	24	03	06	09
Mengde gitt (epidural: .....ml/t, PNB.....ml/t i.v. morfin: ..... mg, PCA: avlest .... ml																									
Boluser gitt (PCA forsøk/akseptert I.V. morfin: ..... mg, Antall epidural/PNB bolus)																									
Smerte i hvile (0 – 10) (f.eks. 6/2 før/etter behandling)																									
Smerte ved hoste/bevegelse (0–10) (Beveg. ved ekstremitetskirurgi, ellers hoste)																									
Sedasjon (0. våken, 1: lett trøtt, 2: mod.trøtt lett å vekke, 3: vansk. vekkbar, S. nat. søvn)																									
Respirasjonsfrekvens pr. min.																									
Blodtrykk Utgangstrykk: /																									
Kvalme (0: ingen, 1: lett, 2: mye, B: brekninger)																									
Mobilisering (sitte = SI, stå = ST, gå = G, ikke utført = N)																									
Urinretensjon (ja = J, nei = N, kateter = K)																									
Motorisk funksjon (0-3)* for epidural																									
Sensorisk nivå: Øvre/nedre grense																									
Sykepleiesignatur																									

***Motorisk funksjon:**
0: Normal bevegelighet i bena
1: Bøyer hoftene (kneleft) tungt
2: Løfter ikke kne
3: Beveger ikke i ankelledd

Start Kl. ..... Dato: .....

Senge-post Kl. ..... Dato: .....

Fortsettelse på nytt skjema Ja ☐ Nei ☐

Avslutning Kl. ..... Dato: .....

Behandling avsluttet grunnet komplikasjoner Ja ☐ Nei ☐

Hvis ja, hvilke komplikasjoner? .....

.....

Innleggelsesdiagnose/Dato

Hoveddiagnose

Behandling

Andre sykd./handikap

ROMNR.

TELEMETRIOVERVÅKNING

Fød.nr.: 808255

Navn:

Adr.:

Tr.k.:

F2

BLODPRØVER							
DATO							
Troponin T							
CK - mb							

ST. OLAVS HOSPITAL HF
7006 TRONDHEIM

RYTMER	DATO																
	KLOKKESLETT																
	FREKVENS																
	SINUS																
	NODAL																
	AFLI																
	AFLU																
	VT																
	VF																
	IDEOVENTRIK.																
	SVES																
	VES																
	PACE																
	AV-BLOKK I																
	II																
	III																
	AV-DISSOSIA.																
	SA-BLOKK																
INFUSJONER/ INJEKSJONER																	
RYTMER	DATO																
	KLOKKESLETT																
	FREKVENS																
	SINUS																
	NODAL																
	AFLI																
	AFLU																
	VT																
	VF																
	IDEOVENTRIK.																
	SVES																
	VES																
	PACE																
	AV-BLOKK I																
	II																
	III																
	AV-DISSOSIA.																
	SA-BLOKK																
INFUSJONER/ INJEKSJONER																	

STO808 255 2000-10.15 Trykkpartner AS