OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL
Innehållsansvar: Leena Johansson, (leejo), Specialsjuksköterska
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-11-11
Giltig till: 2028-11-11

Ansvarsbeskrivning (vårdplan) för patient på självdialysmottagning Q Di 625

Ett ex i avdelningspärm samt i demonstrationspärm

Det åligger PAS att patientens individuella ansvarsområde är tydligt beskriven, uppdaterad och aktuell i patientens journal. Vårdplanen ska finnas väl synlig i patientens journal.

……ansvarar för att:

- Inför varje dialys bedöma om du mår tillräckligt väl för att genomföra dialysbehandling på egen hand. Om inte ta kontakt med sjuksköterska
- Iordningställa dialysmaskinen för HD/HDF-behandling (ringa in aktuell behandling)
- Sticka sig själv i sin AV-fistel/graft, alternativt förbereda central dialyskateter enligt rutin
- Starta och avsluta behandlingen och åtgärda eventuella larm vid behov med hjälp av sjuksköterska. Tillkalla sjuksköterska om problem eller komplikationer uppstår
- Rapportera till sjuksköterska om förändringar i allmäntillståndet
- Följa givna dialysordinationer
- Följa BVM-kurva samt blodtryck under dialysbehandlingen och justera UF utifrån värdena
- Ultrafiltrera max …… ml vätska per timme
- Dokumentera dialysparametrar på lista: “Observation dialysbehandling” vid varje dialystillfälle
- Efter behandlingens avslut ta kontakt med sjuksköterska

Förtydligande om arbetsflöde och sjuksköterskans ansvar i samband med HDF självdialys hänvisas till Q Di 641 *Ansvar när patient primar och startar HDF*.

Uppföljning samt reträning sker i samband med sjuksköterskebesök 1 ggr/månad samt vid teamrond.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Vid behov kan någon eller några punkter tas över av sjuksköterska och då ska det tydligt dokumenteras nedan

Ansvarar inte för att:

- _____
- _____
- _____

GMP-utbildning genomförd (endast vid HDF): datum _____

Giltigt från och med datum _____ till och med datum _____ (max 1 år, därefter förnyelse av överenskommelse)

Datum _____

Patient: _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Datum _____

Läkare: _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

Datum _____

Sjuksköterska: _____

Underskrift _____

Namnförtydligande _____

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Dialys- och Njursviktsmottagning NÄL

Innehållsansvar: Leena Johansson, (leejo), Specialsjuksköterska

Granskad av: Anna Bäck, (annba60), Apotekare, Mary Dena, (marde36), Överläkare

Godkänd av: Monica Olsson, (monol25), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10066-406871065-174

Version: 8.0

Giltig från: 2026-11-11

Giltig till: 2028-11-11