

# Pleuradränage och pleuratappning

## Förändringar sedan föregående version

Uppdatering av bilder och små ändringar i materialbeskrivning beroende på materialtillgänglighet.

## Sammanfattning

Detta dokument beskriver generella rutiner för dränbehandling på vårdavdelning, förberedelser inför pleuradränage, skötsel av drän, komplikationer samt omvårdnad vid dränbehandling. Vid behov av stöd i samband med pleuradrän kontaktas Medicinavdelning Team 1 (033-616 22 64) som har god vana vid detta.

## Innehållsförteckning

Obligatorisk om fler än fem sidor i dokumentet.

Förändringar sedan föregående version .....	1
Sammanfattning .....	1
Innehållsförteckning .....	1
Förutsättningar.....	2
Utförande.....	2
Dokumentinformation .....	31

## Förutsättningar

### Indikation för pleuradrän:

- Pneumothorax (dränsättning görs på IVA i första hand)
- Hydrothorax alt. hemothorax
- Pleuraempyem
- Planerad pleurodesbehandling/pleurolys/annan behandling

### Krav för pleuradrän (insättning och hantering):

- Vårdpersonal med erfarenhet av dränbehandling
- Spolning får endast utföras av van personal. För nyanställd/ovan personal krävs alltid handledning. Det räcker **inte** med att gå efter riktlinjen.

### Förberedelser inför dränsättning

- Utsättning av antikoagulantia för att undvika blödningskomplikation.
- Blodgruppering och aktuell blödningsstatus skall finnas innan drän-sättning. PK INR skall vara under 1,5 vid ingreppet och Trombocyter skall vara >50.
- Aktuell lungröntgen skall finnas.
- [Thoraxdränage i Vårdhandboken \(vardhandboken.se\)](http://vardhandboken.se)

## Utförande

### Generella rutiner vid pleuradränage

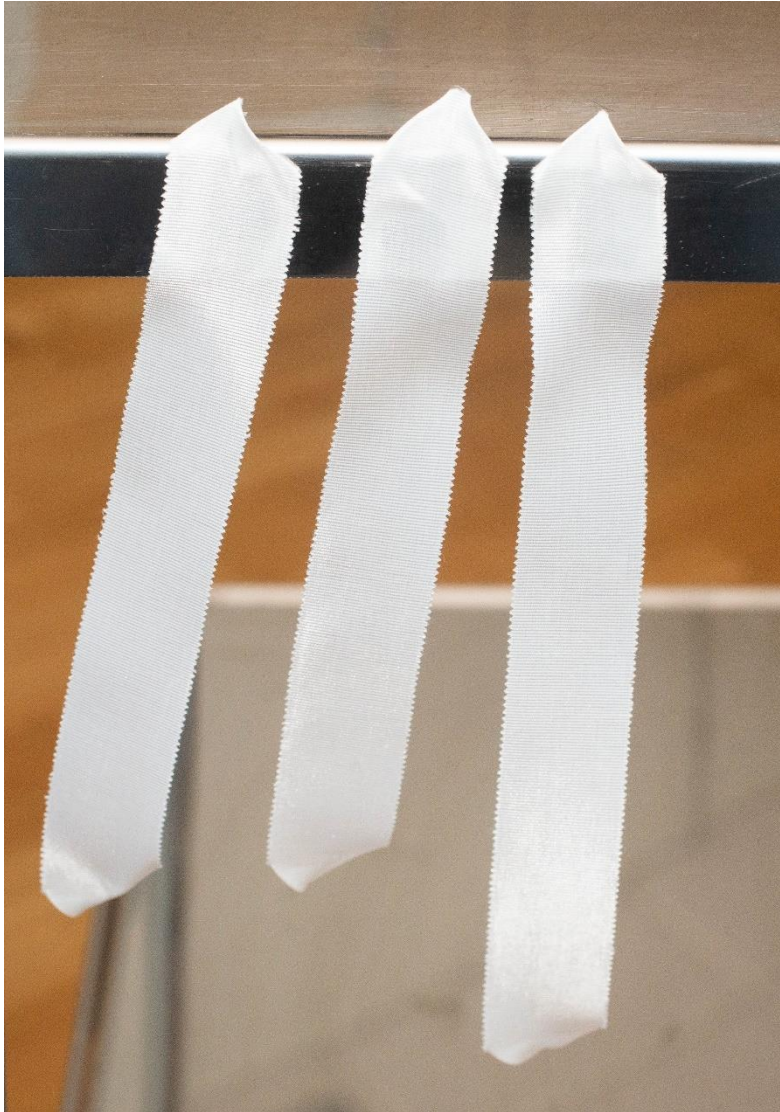
- Dränet skall **alltid** kopplas till kateterpåse utan ventil alt. aktiv sug eller Heimlichventil.
- Skriv alltid datum och tid på påsen samt märk med "Pleuravätska".
- Dygnsmängd avläses och påse byts varje morgon vid samma tid. 08:00-08:00 (byts oftare om påse eller behållare blir full). Under 100 ml/dygn behöver påse inte bytas. Efter att kateterpåsen är bortkopplad från patienten skall innehållet hållas upp i litermått för att avläsa korrekt mängd

pleuravätska. Gäller ej behållaren (vid Thopazpump) eftersom det går att avläsa korrekt mängd pleuravätska.

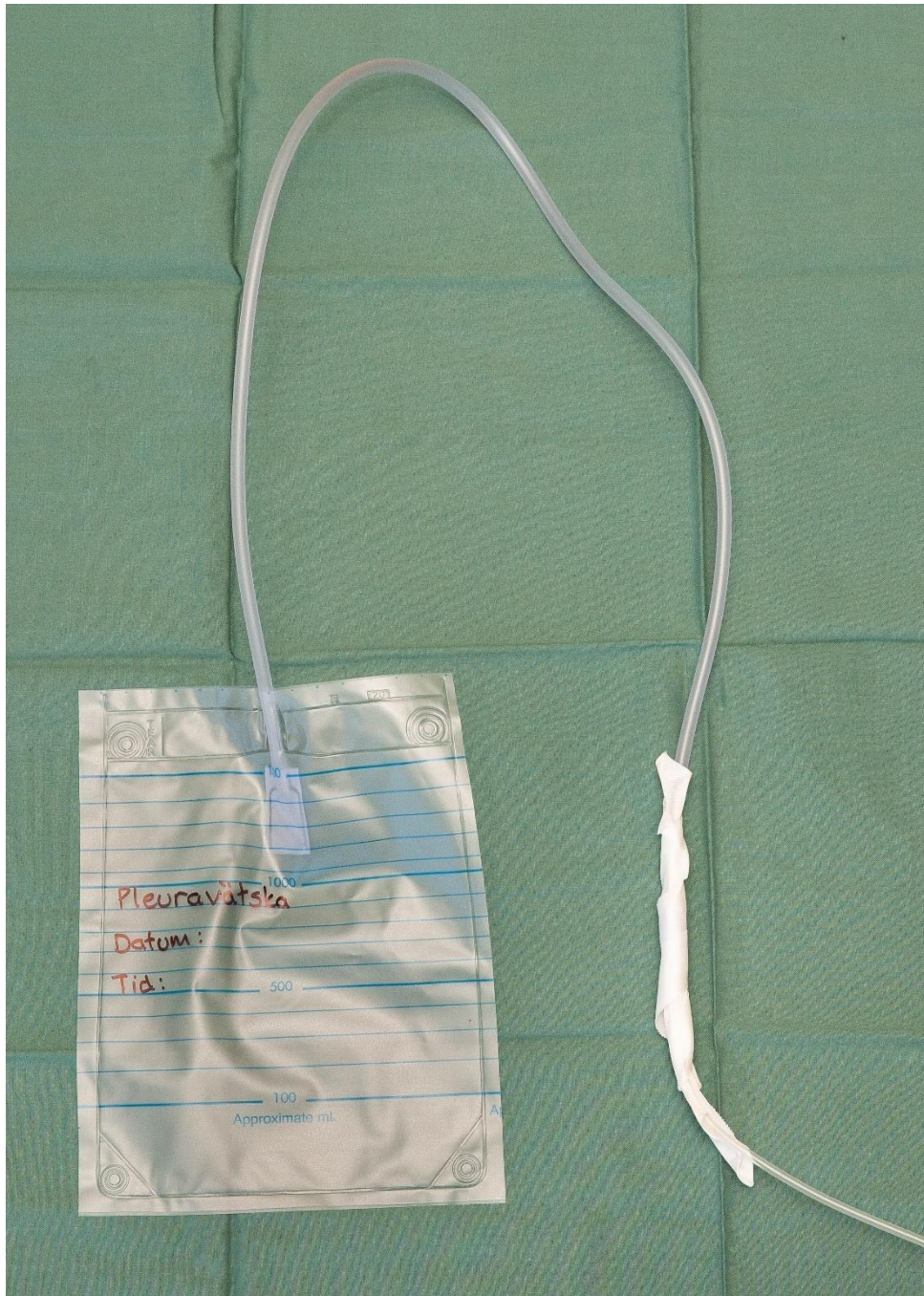
- Skriv in dygnsmängden pleuravätska eller vid byte av behållare/kateterpåse i Melior på Mätvärden under Dränage – Pleuravätska.
- Dränet skall alltid klampas med två eller tre plastpeanger eller stängas med trevägskran när kateterpåse/behållare skall bytas samt vid övrig hantering där påse/behållare kopplas från drän. Dessa skall alltid finnas i nära anslutning till patienten ifall något inträffar med dränaget och det behöver klampas skyndsamt.
- Vid byte av behållare till Thopazpump sätts tejp längs med graderingen för att kunna skriva datum och dra streck på hur mycket pleuravätska det kommit varje dygn. Datum skrivs överst på behållaren för att se när den är bytt.

Underlägg och steril kompress med Klorhexidinsprit 5 mg/ml skall användas när systemet bryts för att skydda dräningsången från kontamination. Därefter tejpas dränet.

- Kopplingen mellan dränet och påsen/sugen skulle vara tejpad.
  - Två längsmedgående tejpbitar och en tredje som viras runt de andra två. Vik tejpändarna för att lättare få upp tejp vid borttagande. Vid tejp borttagning skall tejp dras mot patientens sida (och ej nedåt, mot påsen) för att undvika onödiga rörelser som kan orsaka att dränet glider ut.
- Renbäddning av säng och nya kläder till patient varje dag.



**Bild:** Tre tejpbitar med vikta ändar.



**Bild:** *Icke tömbar påse med tejpad koppling.*

## Dränsättning

Steril hantering. Det som skall vara sterilt hanteras enligt steril rutin.

## Aktuella material

- Ultraljudsmaskin med convex prob
- Metallpall utan hjul
- Visir eller skyddsglasögon eller ansiktsmask
- Skyddsförkläde
- Steril duk, 1 förpackning
- B6-skål, 1 st
- Sterila kompresser, 4 förpackningar
- Rak peang, 1 st
- Böjd peang, 1 st
- Pincett, 1 st
- Klopincett, 1 st
- Ögon sax, 1 st
- Nålförare, 1 st
- Skalpell, 1 st
- 10 ml-sprutor, 2-3 st
- Uppdragningskanyler (rosa), 2 st (skall ej öppnas i förväg)
- Intramuskulära kanyler (svarta), 2 st
- Sterila handskar (fråga läkaren om storlek)
- Pleuradränset (fråga läkaren vilken drän skall sättas)
- Ståltrådsuturer samt suturer och ståltrådsax används vid behov
- Carbocain/Adrenalin 10 mg/ml + 5 mikrogram/ml (finns i läkemedelskyl), 2 st eller liknande beror på tillgängligheten
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad
- Fixationsförband 1 st
- Sårdyna (Allevyn), 1 st
- Genomskinligt häftande förband, 1 st
- Blått underlägg, 1 st
- Kateterpåse utan ventil (icke-tömbar påse), 1 st
- Descutan, 1 st
- Vit tejp, 1 st
- Plastpeanger, 3 st
- Etikett "Pleuradrän", 1 st
- Gåbord och ta med dränvagn.

**OBS!** Duka fram för **dränsättning** men var förberedd för ev. endast **pleuratappning**, allt material kan behövas. Dränvagn skall vara lätt tillgänglig.



**Bild:**

**Övre raden från vänster:**

- Steril kompress;
- Nålförare;
- Ögon sax;
- Rak pincett.

**Nedre raden från vänster:**

- B6 skål med steril kompress;
- 10ml spruta;
- Rosa uppdragningskanyl;
- 2 st svarta uppdragningskanyler.



**Bild:**

**Från vänster:**

- Blått underlägg;
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad och Descutan
- Ståltråds sutur;
- Vit tejp;
- Icke-tömbar påse med luerlock;
- Fixationsförband
- Sterila handskar;
- Genomskinligt häftande förband;
- Sårdyna (Allewyn);
- Nålförare;
- Pleuradränset;
- Trevägs kran;
- 3 plastpeanger;

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Carbocain/Adrenalin 10 mg/ml + 5 mikrogram/ml (finns i läkemedelskyl), 2 st eller liknande beror på tillgängligheten, 2 st;
- Scalpell;
- Rosa uppdragningskanyl;
- Olika typer av drän / tappning set (Verres nål "click nål", pigtail, onestep mm);



**Bild:** Överblick av hur vagnen ser ut.

## Vid nyinsatt drän

Patienten skall ligga plant 30min - 1 timme efteråt

- Märk påsen med pleuravätska, tid och datum.
- Pleuradrän skall alltid vara märkt med etikett "Pleuradrän" vid infarten.
- Sårjournal skall alltid öppnas!
- Tre plastpeanger och vit tejp skall alltid finnas inne på patientens rum.
- Dränaget skall vara klampat om läkare inte ändrar ordination.

## Omläggning

Tag fram aktuellt material;

- Steril kompress, 2 st förpackningar
- Skater Fix, 1 st
- Sårdyna (Allevyn), 1 st
- Genomskinligt häftande förband, 1 st
- Vid omläggning skall instickstället rengöras med steril kompress fuktad med ofärgad klorhexidinsprit 5 mg/ml.
- Datum skrivs på förbandet vid varje byte.
- Såret läggs om 1 gång per vecka eller vid spolning av pleuradrän samt vid behov.
- Inspektion av förbandet, dränet, slangen samt påsen **skall ske dagligen.**

## Fraktionering (öppning och stängning)

Fraktionering innebär att dränet är avstängt med hjälp av peanger alt. trevägskran. Varannan timme skall det dock öppnas för att släppa ut ordinerad mängd pleuravätska. Motivet till fraktionering är att förhindra att för stor mängd pleuravätska töms ut på samma gång då detta kan medföra komplikationer i form av smärta, andnöd och lungödem. Alla patienter som fått pleuradrän relaterat till pleuravätska alt. hemothorax skall genomgå fraktionering om inget annat ordinerats av behandlande lungläkare.

- Kateterpåse utan ventil är alltid ansluten till dränet under fraktionering.  
Om läkare inte ordinerat annat gäller följande vid fraktionering:  
200-500 ml tappas varannan timme. Max 2000 ml per dygn!  
Om det kommer <200 ml kan dränet lämnas öppet efter överenskommelse med ansvarig sjuksköterska.
- När vätska avtar eller slutat komma skall sjuksköterska och läkare informeras.
- Tre plastpeanger alt. trevägskran skall alltid användas för att klampa dränet när det slutna systemet bryts.
- Patienten kan behöva lägesändra till sittande/stående och hosta till för att pleuravätskan skall rinna ut.

## Torakocentes (pleuratappning)

### Förberedelser inför torakocentes (pleuratappning)

- Utsättning av antikoagulantia för att undvika blödningskomplikation.  
Blodgruppering och aktuell blödningsstatus skall finnas innan torakocentes. PK INR skall vara under 1,5 vid ingreppet och Trombocyter skall vara > 50.
- Aktuell lungröntgen skall finnas.

Steril hantering. Det som skall vara sterilt hanteras enligt steril rutin.

### Aktuellt material

- Steril duk, 1 förpackning
- Sterila handskar (fråga läkaren om storlek)
- B6-skål, 1 st
- Sterila kompresser, 4 förpackningar
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad
- Skalpell, 1 st
- One-step nål, 1 st
- Kateterpåse utan ventil (icke-tömbar påse) med luer lock, 1 st
- 50 ml-spruta med luer lock, 1 st
- Pleuratappningsset, 1 st

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

- Verres nål “click nål”, 1 st
- Carbocain/adrenalin 10 mg/ml + 5mikrog/ml (finns i läkemedelskyl), 2 st eller liknande beror på tillgängligheten
- 10 ml-sprutor, 2 st
- Uppdragningskanyler (rosa kanyl), 2 st (skall ej öppnas i förväg)
- Intramuskulära kanyler (svart kanyl), 2 st
- Trevägs Kran, 1st
- Descutan, 1 st
- Blått underlägg, 1 st
- Vitri sårfilm med dyna 6\*10 cm, 1 st
- Ultraljudsmaskin med convex prob
- Metallpall utan hjul
- Gåbord
- Ta med dränvagn.

**OBS!** Duka fram för **pleuratappning** men var förberedd för ev. **dränsättning**, allt material kan behövas. Dränvagn skall vara lätt tillgänglig.

## Provtagning av pleuravätska Remiss mikrobiologen

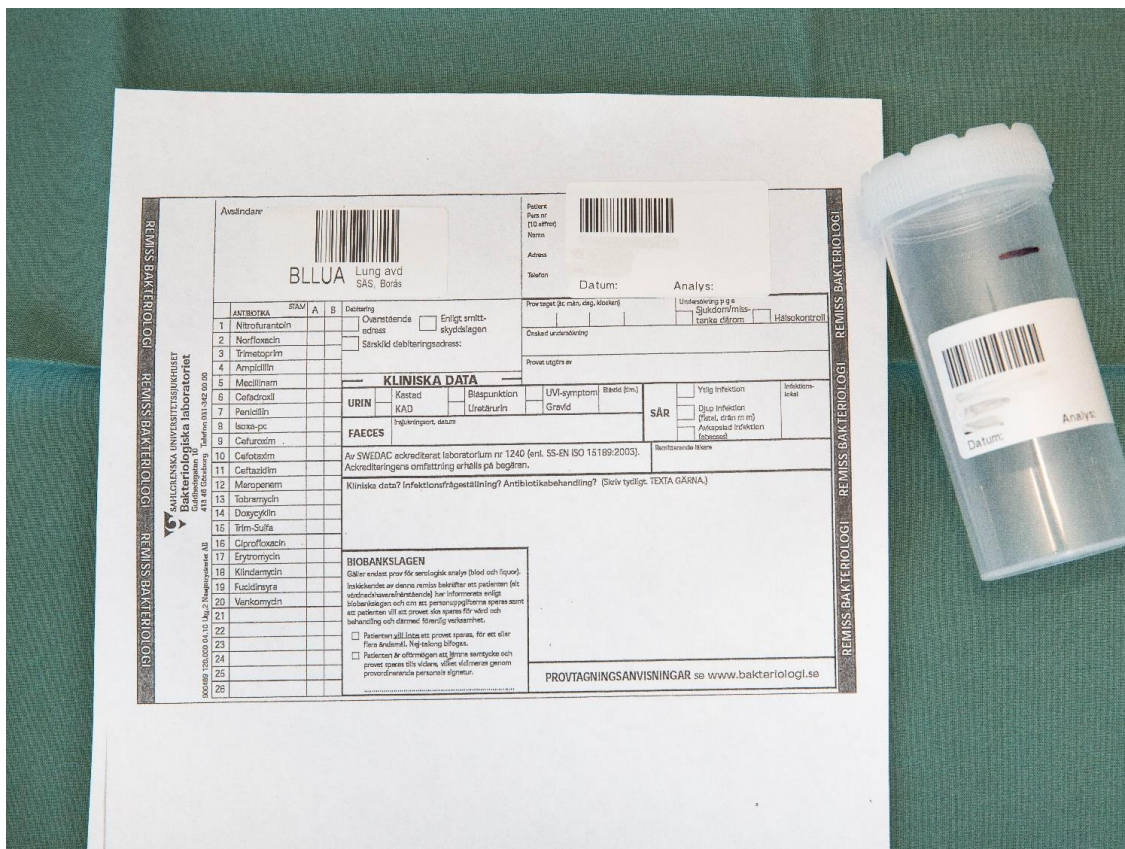
- Lämnas på mikrobiologen.
- Allmän odling = Sterilt rör med gul kork (urinodlingsrör).

Remiss – Laboratorium för Klinisk Mikrobiologi, Södra Älvsborgs Sjukhus, 501 82 Borås – Tel.: 033-616 1883		Rev 200928MB
Remitterande institution, klinik, avdelning	Patientidentif.	Antibiotika- behandling: Nej <input type="checkbox"/> Pågående med: Planerad med:
		Datum: _____ Analys: _____
Provtagningsdatum	Rem. Läkarens VGR-id:	Fakturmottagare-om annan än remitterande
Provtagare	Anamnes:	
Tel nr		
Insjukningsdatum	"LOKALISATION"..... "SÄRTYP".....	
<input type="checkbox"/> För hälsokontroll	<input type="checkbox"/> SML = Betalas av smittskyddet	<b>Serologisk provtagning:</b>
<b>Provtagningsanvisningar, förvaring och transport:</b> <a href="http://www.vardagen.se/bor-sjuga-som-arvaxta/analytiker/">www.vardagen.se/bor-sjuga-som-arvaxta/analytiker/</a>	<b>BIOBANKSLAGEN</b> Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (allt vidrödnadshavarens närsläkande) har informerats enligt biobankslagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet ska sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. - När-längd bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.	<input type="checkbox"/> Helblod utan släuts <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Likvor
<b>Utättningspunkt – Provtagningsmaterial:</b>	<b>BLODLIKVOR</b> mm	<b>IMMUNOLOGISK SEROLOGI:</b>
<b>URIN</b>	PERIFER CVK	<b>BAKTERIOLOGISK SEROLOGI:</b>
Allmän odling <input type="checkbox"/>	Blododi: 1: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syfilis-ak <sup>SM</sup>
Utkad odling <input type="checkbox"/>	Klockan: .....	<b>VIROLOGISK SEROLOGI:</b>
Kestadi <input type="checkbox"/>	Blododi: 2: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HIV 1+2 (ag+ak) <sup>SM</sup>
KAD <input type="checkbox"/>	Klockan: .....	<input type="checkbox"/> HTLV 1+2-ak <sup>SM</sup>
Blåspunktion <input type="checkbox"/>	Endokardit <input type="checkbox"/>	<b>Hepatit B</b>
Tappad <input type="checkbox"/>	Likvor-odling <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBs-og <sup>SM</sup>
	Pneumokok-og i likvor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBc-ak <sup>SM</sup>
	Dialysvätska <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HBs-ak - vaccinationskontroll
	Pleuravätska <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....
Ange blåstd. .... tim	<b>ÖVRIGT – Allm. bakt</b>	<b>Hepatit C</b>
Nitrit Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Sår (yttigt) - lokalisation+sårtypp* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HDV-ak <sup>SM</sup>
Feber >38C <input type="checkbox"/>	Sår (djupt) - lokalisation+sårtypp* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HDV RNA - kvantitativ (PCR) <sup>SM</sup>
Gravid <input type="checkbox"/>	Trypsin <input type="checkbox"/>	<b>Hepatit A</b>
Legionella-og <input type="checkbox"/>	ÖRA - <input type="checkbox"/> Extern ott <input type="checkbox"/> Mediaott <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HAV-ak (IgM) <sup>SM</sup> - akut sjukdom
Pneumokok-og <input type="checkbox"/>	Urethra <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HAV-ak (IgG) - immunitetskontroll
<b>FAECES</b>	ÖGA - <input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Övrigt - lok <input type="checkbox"/>	inför:
1 provremiss/analys	Siniala <input type="checkbox"/>	organtransplantation <input type="checkbox"/>
Smittorifland. ....	Abcess - lokalisation* <input type="checkbox"/>	biologisk behandling <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bakt gastroenterit (PCR) <sup>SM</sup>	Fistel - lokalisation* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rubella-ak (IgG) - immunitetskontroll
Salm/ Shig/ Camp/ Yers/ EHEC/	CVK-epets <input type="checkbox"/>	<b>SCREENING:</b>
EIEC/ Vibrio/ Pleso	Bronsköply <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Graviditetsscreen (3)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile (PCR)	Trachealsekret <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Graviditetsscreen+Rubella (4)
<input type="checkbox"/> Gastroenter vir (PCR)	Acetas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Graviditetsscreen+Rub+HCV-ak (5)
Norof/ Sapof/ Rotaf/ Adenov/	Punktat - lokalisation* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> infertilitetsutr. (6)
human Astrovirus	Ledvätska <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> infertilitetsutr + Rubella (7)
Helicobacter pylori ag <input type="checkbox"/>	Instickställe <input type="checkbox"/>	<b>STICK- &amp; SKÅRSKADA</b>
Caprotectin <input type="checkbox"/>	Vävnad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patientprov (indexpatient)
<b>LUFTVÄGSSEKRET</b>		Akutsvar: Namn: .....
<input type="checkbox"/> Svalg-odling	<b>Övriat:</b>	Tel: .....
<input type="checkbox"/> Svalg-odl, utökad	<input type="checkbox"/> Urin-första portionen	<input type="checkbox"/> Personaltprov <input type="checkbox"/> Prov 1
<input type="checkbox"/> NP4-odling	<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Uppföljning
<input type="checkbox"/> Sputum-odling	<input type="checkbox"/> Vaginal	(Exponerad individ)
<input type="checkbox"/> RS-virus ag	<b>CHLAMYDIA <sup>SM</sup> + GC <sup>SM</sup> (PCR)</b>	<b>SARS-CoV-2 RNA <sup>SM</sup></b>
<input type="checkbox"/> Luftpanel 1 (PCR)	<input type="checkbox"/> Sjukvårdshygieniska prov	<input type="checkbox"/> NP4 <input type="checkbox"/> NP4+svalg
(Inflanssa A, B, RSV)	<input type="checkbox"/> Laktosintolerans-Genotypn. (PCR)	<input type="checkbox"/> patientprov <input type="checkbox"/> personalprov
<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae (PCR)	SB/ EDTA-og <input type="checkbox"/>	
	<b>ÖVRIGT</b>	
	<input type="checkbox"/> Helicobacter-odl, vävnad	
	<input type="checkbox"/> Legionella-odl	
	<input type="checkbox"/> Listeria-lokalisation*	
	<input type="checkbox"/> .....	



## Remiss bakteriologi



- Lämnas på klinkemlab/mikrobiologen.
- TB = Stor genomskinlig burk med vit kork. Fylls till mer än hälften.




## Remiss allmän cytologi

- Lämnas på cytologi/patologen.
- Cytologi = Stor genomskinlig burk med vit kork (OBS! Ska ha cirka 1 ml heparin 100IE /ml i burken, fråga SSK eller farmaceut). Fylls till mer än hälften.

**REMISS ALLMÄN CYTOLOGI**


Remitterande  BLLUA Lung avd SÄS, Borås	Patient i 
Ansvarsnr. Provtagningsdatum	Remitter. Datum: Analys:
<input type="checkbox"/> Nej, patienten samtycker inte till att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. Nej-talong bifogas.	
Anamnes, status, klinisk diagnos, frågeställning	
Plats för etikett	
<input type="checkbox"/> Snabbsvar, tfn ...../Fax .....	
Kopia till .....	
<b>Provet är</b> <input type="checkbox"/> Luttorkat <input type="checkbox"/> Fixerat i .....	<b>Tidigare CYT-undersökning</b> <input type="checkbox"/> Borås <input type="checkbox"/> Heparin tillsatt När .....
<b>Provet utgöres av</b> <input type="checkbox"/> Borstprov <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Sputum I II III <input type="checkbox"/> Pleuravätska	<input type="checkbox"/> Blåskölvätska <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Ascites <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bukskölvätska <input type="checkbox"/> Punktat från <input type="checkbox"/> Annat
<b>Strål-hormon-kemoterapi</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Ar .....	
<b>Insänt material</b> <input type="checkbox"/> Glas, antal .....	
<input type="checkbox"/> Vätska	
<b>UTLÅTANDE</b>	
Lab. anteckningar	<b>Inkommet material</b> <input type="checkbox"/> Glas, Antal .....
	<input type="checkbox"/> Vätska Mängd .....
	Färg .....
	Totalt antal glas .....
	Screen 1 .....
	Screen 2 .....

 **VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN**  
SÖDRA ÄLVSORGS SJUKHUS

Laboratoriet för klinisk patologi och cytologi  
Södra Älvsborgs Sjukhus - SÄS, 501 92 Borås  
Tfn sekr. 033-616 1894, lab. 033-616 2378, Fax: 033-616 2598

2013-02-25

ALLMÄN  
CYTOLOGI



## Remiss Melior labmodul

- Lämnas hos klinkelab.
- **OBS, ska vara nere på klinkelab inom 15 min.**
- Plv-protein+plv-glukos+plv-leukocyter + plv-LD = Lila EDTA-rör 4 ml.
- PH = Blodgasspruta 3ml.
- Beställning sker i Melior.
  1. Gå in i Melior.
  2. Gå in på patienten, sedan labbordination.
  3. Sök på "enskilda analyser".
  4. Skriv PLV (pleura) protein, glukos, leukocyter, LD och markera akut.



## Remiss bakteriologi klinisk mikrobiologi

- Lämnas hos mikrobiologen
- PCR = Sterilt rör med gul kork (urinodlingsrör).

**REMISS BAKTERIOLOGI**

Av SWEDAC ackrediterad verksamhet nr 1240 (enligt SS-EN ISO 15189). Ackrediteringens omfattning erhålls på begäran.

**Avsändare** (fullständig adress, telefonnummer) **Patient-ID** (personnummer, namn)

---

**Debitering**  Ovanstående adress  Enligt smittskyddslagen  
 Särskild debiteringsadress: **Provtagningsdatum** **Remitterande läkare (VGR-id)**

**PROVMATERIAL**

---

**BIOBANKSLAGEN**  
 Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (all vårdnadshavare/hänsälände) har informerats enligt biobanklagen och om att personuppgifterna sparas samt att patienten vill att provet sparas för vård och behandling och därmed framtida verksamhet.  
 Patienten vill lista att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Nej-kalong bifogas.  
 Patienten är oödmögen att lämna samtycke och provet sparas till vidare, vilket vidimeras genom provordrörande personals signatur.

**ÖNSKAD UNDERSÖKNING** **Laboratoriets anteckningar**

---

**KLINISKA DATA / INFEKTIONSFRÅGESTÄLLNING**

Antibiotikabehandling. Preparat: \_\_\_\_\_  
 Risk för labormitta, t ex brucella, tularemi  
 Utlandsvistelse  
 Immunsupprimerad  
 Transplanterad  
 Gravid

**Provtagningsinformation/tilläggsuppgifter för bakteriologi (inkl. parasiter, svamp)**

URIN	FAECES	SÄR	Parasiter
<input type="checkbox"/> Kastad mittstråle  Blåstid: _____ <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Blåskörlning <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Suprapubiskateter <input type="checkbox"/> RIK / AIK <input type="checkbox"/> Uretärurin  <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> UVI-symtom <input type="checkbox"/> Urinsten <input type="checkbox"/> Feber >38° C <input type="checkbox"/> Nitrit + <input type="checkbox"/> LPK +	<input type="checkbox"/> Diarré <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse  Smittland: _____ <input type="checkbox"/> Inhemsk smitta <input type="checkbox"/> Antibiotikaassocierad diarré <input type="checkbox"/> Smittskyddskontroll av känd Salmonella typhi/ Salmonella paratyphi/ Shigella spp  <b>BLOD</b> <input type="checkbox"/> Blododling/perifer <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> Svampmisstanke <input type="checkbox"/> Endokarditmisstanke	Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Yttlig infektion <input type="checkbox"/> Djup infektion (fistel, abscess m.m.) <input type="checkbox"/> Operationsår <input type="checkbox"/> Bettsår typ: _____  <b>VÄVNAD</b> Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Proteinfektion  <b>LUFTVÄGS PROV</b> <input type="checkbox"/> Cystisk fibros <input type="checkbox"/> Primär ciliär dyskinesi	Smittland: _____  Vid analys för malaria Malaria-snabbtest <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Ej utfört  <b>SVAMP</b> Vid analys av nagelskrap, ange: <input type="checkbox"/> Fingernagel <input type="checkbox"/> Tånagel  Vid analys av hudskrap, ange lokalisation: _____  <b>Multiresistenta bakterier (MRB)</b> <input type="checkbox"/> Utlandsvårdad/MRB-screen (MRSA/VRE/ESBL) <input type="checkbox"/> Smittspårning/samvårdad <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL

**Kontaktuppgifter** Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
 Klinisk mikrobiologi  
 Box 7193  
 402 34 Göteborg

**Besöksadress** Klinisk mikrobiologi  
 Bakteriologiska laboratoriet  
 Guldhedsgatan 10 A  
 413 46 Göteborg  
 031-342 49 45

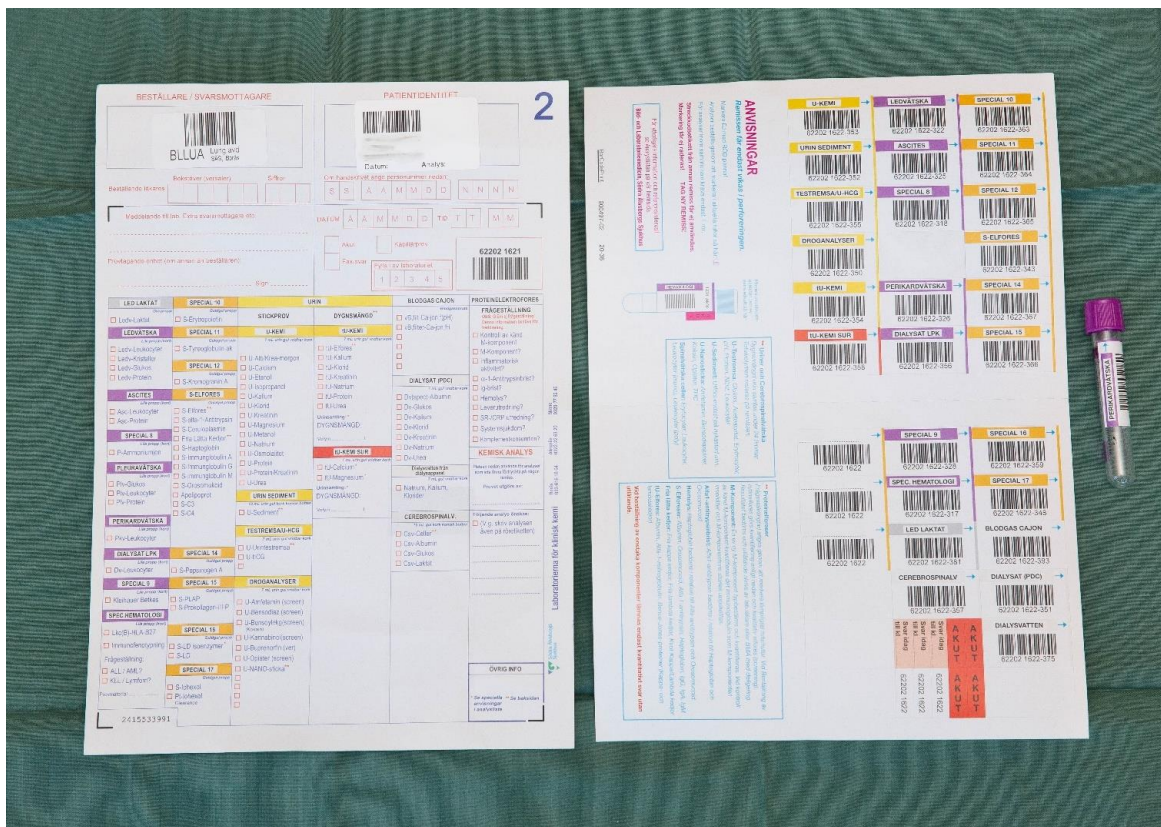
Provtagningsanvisningar: [www.sahlgrenska.se/su/for-dig-som-ar-vardgivare/laboratoriemedicin](http://www.sahlgrenska.se/su/for-dig-som-ar-vardgivare/laboratoriemedicin)

**KLINISK MIKROBIOLOGI** **REMISS BAKTERIOLOGI**



## Remiss 2

- Lämnas hos mikrobiologen
- Pleura HB = Lila EDTA- rör 4 ml.



## Remiss bakteriologi

- Lämnas på klinklab/mikrobiologen
- 16S rRNA PCR / Bakteriespecifik PCR = urinodlingsrör

**REMISS BAKTERIOLOGI**

Av SWEDAC ackrediterad verksamhet nr 1240 (enligt SS-EN ISO 15189). Ackrediteringens omfattning erhålls på begäran.

Avsändare (fullständig adress, telefonnummer)		Patient-ID (personnummer, namn)	
Debitering <input type="checkbox"/> Ovanstående adress <input type="checkbox"/> Enligt smittskyddslagen <input type="checkbox"/> Särskild debiteringsadress:		Provtagningsdatum	Remitterande läkare (VGR-id)
<b>BIOBANKSLAGEN</b> Inskickandet av denna remiss bekräftar att patienten (ett vårdnadshavare/hälsöförälder) har samtyckt enligt biobankslagen och om ett personuppgiftsbeholdningsregister sparas samt att patienten vill att provet sparas för vård och behandling och därmed förenlig verksamhet. <input type="checkbox"/> Patienten vill inte att provet sparas, för ett eller flera ändamål. Heltalning bifogas. <input type="checkbox"/> Patienten är oförmögen att lämna samtycke och provet sparas tills vidare, vilket vidimeras genom provordinerande personals signatur.		Provmaterial	
<b>KLINISKA DATA / INFEKTIONSFRÅGESTÄLLNING</b> <input type="checkbox"/> Antibiotikabehandling, Preparat: _____ <input type="checkbox"/> Risk för labsmitta, t ex brucella, tularemi <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse <input type="checkbox"/> Immunsupprimerad <input type="checkbox"/> Transplanterad <input type="checkbox"/> Gravid		Önskad undersökning	
Provtagningsinformation/tilläggsuppgifter för bakteriologi (inkl. parasiter, svamp)		Laboratoriets anteckningar	
<b>URIN</b> <input type="checkbox"/> Kastad mittstråle Blåstid: _____ <input type="checkbox"/> Blåspunktion <input type="checkbox"/> Blåskölning <input type="checkbox"/> KAD <input type="checkbox"/> Suprapubiskateter <input type="checkbox"/> RIK / AIK <input type="checkbox"/> Uretärurin Annat: _____ <input type="checkbox"/> UVI-symtom <input type="checkbox"/> Urinsten <input type="checkbox"/> Feber >38° C <input type="checkbox"/> Nitrit + <input type="checkbox"/> LPK +	<b>FAECES</b> <input type="checkbox"/> Diarré <input type="checkbox"/> Utlandsvistelse Smittland: _____ <input type="checkbox"/> Inhemsk smitta <input type="checkbox"/> Antibiotikaassocierad diarré <input type="checkbox"/> Smittskyddskontroll av känd Salmonella typhi/ Salmonella paratyphi/ Shigella spp <b>BLOD</b> <input type="checkbox"/> Blododling/perifer <input type="checkbox"/> Annat: _____ <input type="checkbox"/> Svampmisstanke <input type="checkbox"/> Endokarditmisstanke	<b>SAR</b> Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Yttlig infektion <input type="checkbox"/> Djup infektion (fistel, abscess m.m.) <input type="checkbox"/> Operationsår <input type="checkbox"/> Bettsår typ: _____ <b>VAVNAD</b> Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Protosinfektion <b>LUFTVÄGS PROV</b> <input type="checkbox"/> Cystisk fibros <input type="checkbox"/> Primär ciliär dyskinesi	<b>Parasiter</b> Smittland: _____ Vid analys för malaria Malaria-snabbtest <input type="checkbox"/> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/> Ej utfört <b>Svamp</b> Vid analys av nagelskrap, ange: <input type="checkbox"/> Fingernagel <input type="checkbox"/> Tånagel Vid analys av hudskrap, ange lokalisation: _____ <b>Multiresistenta bakterier (MRB)</b> <input type="checkbox"/> Utlandsvårdad/MRB-screen (MRSA/VRE/ESBL) <input type="checkbox"/> Smittspårning/samvårdad <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> ESBL

**Kontaktuppgifter**  
 Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
 Klinisk mikrobiologi  
 Box 7193  
 402 34 Göteborg

**Besöksadress**  
 Klinisk mikrobiologi  
 Bakteriologiska laboratoriet  
 Guldhedsgatan 10 A  
 413 45 Göteborg  
 031-342 49 45

Provtagningsanvisningar: [www.sahlgrenska.se/su/for-dig-som-ar/vardgivare/laboratoriemedicin](http://www.sahlgrenska.se/su/for-dig-som-ar/vardgivare/laboratoriemedicin)

**KLINISK MIKROBIOLOGI** **REMISS BAKTERIOLOGI**



## Remiss 2 pappersremiss

- Lämnas på klinkelab/mikrobiologen
- Immunofenotyp, flödescytometri = Lila EDTA- rör 4 ml, 2 st
- Föränmäl provet till Hematolog- och koagulationslab 033 – 616 1866 så fort som möjligt (helst så snart man vet att provet ska tas)
- “Immunfenotypning” skall kryssas för på vänster sida av remissen (under Spec. Hematologi) och “pleuravätska” ska anges som provmaterial.
- “Pleuravätska” ska anges på höger sida av remissen (“Provet utgörs av”).
- Klistra etiketterna som finns på baksidan av remissen: “Spec. Hematologi” på ett rör och etiketten med koden där man anger “immunofenotyp” på det andra röret.

The image shows a laboratory request form (remiss) for a patient named SASAAMDDNNNN. The form is filled out with various test requests, including 'SPECIAL 10' (LED LAKTATGLUKOS), 'SPECIAL 11' (LEDVÄTSKA), 'SPECIAL 12' (ASCITE), 'SPECIAL 13' (PLEURAVÄTSKA), 'SPECIAL 14' (DIALYSAT LPK), 'SPECIAL 15' (SPECIAL 9), 'SPECIAL 16' (SPEC HEMATOLOGI), and 'SPECIAL 17' (SPEC HEMATOLOGI). It also includes sections for 'URIN', 'BLOOD GAS', 'PROTEIN ELECTROLYTES', 'KEMISK ANALYS', and 'CEREBROSPINALV.'. Two purple test tubes are shown next to the form, one labeled 'SPEC. HEMATOLOGI' and the other 'IMMUNOFENOTYP'. The form number is 2044027942.

## Spolning av pleuradrän

**OBS!** Får endast utföras av van personal.

### **Förberedelser**

- Tvätta och sprita händerna

### **Plocka fram egen utrustning;**

- Handskar (aseptisk hantering)
- Skyddsglasögon
- Munskydd vid behov
- Plastförkläde

### **Plocka fram material och duka upp (steril hantering);**

- Steril duk, 1 förpackning
- Sterila kompresser, 3 förpackningar
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad
- Sårdyna (Allevyn), 1 st
- Genomskinligt häftande förband
- Plastpeanger, 3 st
- Spolspruta (50 ml) luer lock eller utan beroende på dräntyp, 1 st
- Steril skål för spolvätskan, 1 st
- Spolvätska Natriumklorid 9 mg/ml, 250 ml (kroppsvarm spolvätska, uppvärmd via exempelvis vattenbad)
- Uppsamlingskärl, exempelvis flaskan från spolvätskan
- Ny kateterpåse utan ventil och märkt med "Pleuravätska", datum och klockslag
- Häfta
- Informera patienten
- Smärtlindra vid behov
- Placera patienten i planläge

## Tillvägagångssätt

Tvätta och sprita händerna och ta på skyddsutrustning. Utför behandlingen enligt nedan med ett ej slutet system. Arbeta aseptiskt.

- Lägg steril duk under sammankopplingen.
- Lägg en steril spritkompress direkt under sammankopplingen.
- Ta bort förbandet för att kunna se om det blir läckage under spolningen.
- Stäng pleuradränet med 2–3 st plastpeanger.
- Koppla bort påsen från dränet.
- Dra upp spolvätskan med spolsprutan och eliminera ev. luft i sprutan.
- Anslut spolsprutan till pleuradränet.
- Ta bort peangerna.
- Spola sakta in vätskan, **absolut förbjudet** att forcera inspolningen.
- Aspirera tillbaka samma mängd som spolats in.
- Stäng pleuradränet med 3 st plastpeanger.
- Töm sprutan i exempelvis en tom flaska eller annat kärl.
- Upprepa spolningen tills klar vätska erhålls eller enligt ordination.
- Stäng dränet med 3 st plastpeanger.
- Koppla på en ny kateterpåse utan ventil märkt med ”Pleuravätska”, datum och klockslag.
- Sätt häfta runt kopplingen. Två längsmedgående tejpbitar och en tredje som viras runt de andra två. Vik alla tejpändarna för att lättare få upp tejp vid borttagande.
- Ta bort peangerna och öppna dränet.
- Gör en omläggning av dränet enligt rutin ovanför.
- Mät upp pleuravätskan som var i den förra kateterpåsen som kopplats ifrån patienten i ett litermått, dokumentera därefter i Melior under Mätvärden och dränage, pleuravätska.

Observera patienten under hela behandlingen. Risk för komplikationer! Avbryt spolningen vid minsta misstanke om komplikation.

Bedöm resultatet.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Dokumentera mängden spolvätska som spolats in och aspirerats ut, samt pleuravätskans färg/konsistens och eventuella komplikationer i Melior under omvårdnadstatus, sökord Andning.



**Bild:**

**Från vänster:**

- B6 skål med NaCl;
- Luerlock spolspruta;
- Steril kompress.



**Bild:**

**Från vänster:**

- 3 st plastepanger;
- Genomskinligt häftande förband;
- Skaterfix;
- Sårdyna (Allevyn);
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad;
- Spolvätska NaCl;
- Vit tejp;
- Icke- tömbar påse.



**Bild:** Överblick av hur vagnen ser ut med luer lock spolspruta.



**Bild:** Överblick av hur vagnen ser ut med spolspruta (kona).

## Dragning av pleuradrän

### Indikation

- <100 ml pleuravätska per dygn
- Expanderad lunga

### Aktuellt material

- Sterila handskar (fråga läkaren om storlek)
- Sterilduk, 1 förpackning
- B6-skål, 1 st
- Sterila kompresser, 3 förpackningar
- Ståltrådssax, 1 st
- Peang, 1 st
- Pincett, 1 st
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad
- Vitri sårfilm med dyna 6\*10 cm
- Breda stripes

### För sutursättning

- Klopincett
- Nålförare
- Soturtråd 3.0
- Carbocain/adrenalin 10 mg/ml+ 5 mikrog/ml, 2 st eller liknande beror på tillgängligheten
- 10 ml-sprutor, 2 st
- Uppdragningskanyler (rosa kanyl), 2 st (skall ej öppnas i förväg)
- Intramuskulära kanyler (svart kanyl), 2 st (skall ej öppnas i förväg)
- Läkare avlägsnar dränet.
- Assisterande undersköterska håller ihop sårkanter medan läkaren suturerar.
- Om ståltrådssutur används befintlig sutur för att försluta dränsåret. Annars får ny sutur läggas.
- Om såret inte sutureras sätter läkaren breda stripes samtidigt som undersköterska håller ihop sårkanterna och en sårfilm med dyna sätts ovanpå. Datum skrivs på förbandet.
- Patienten ligger i planläge i 1 timme efter dragen drän.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

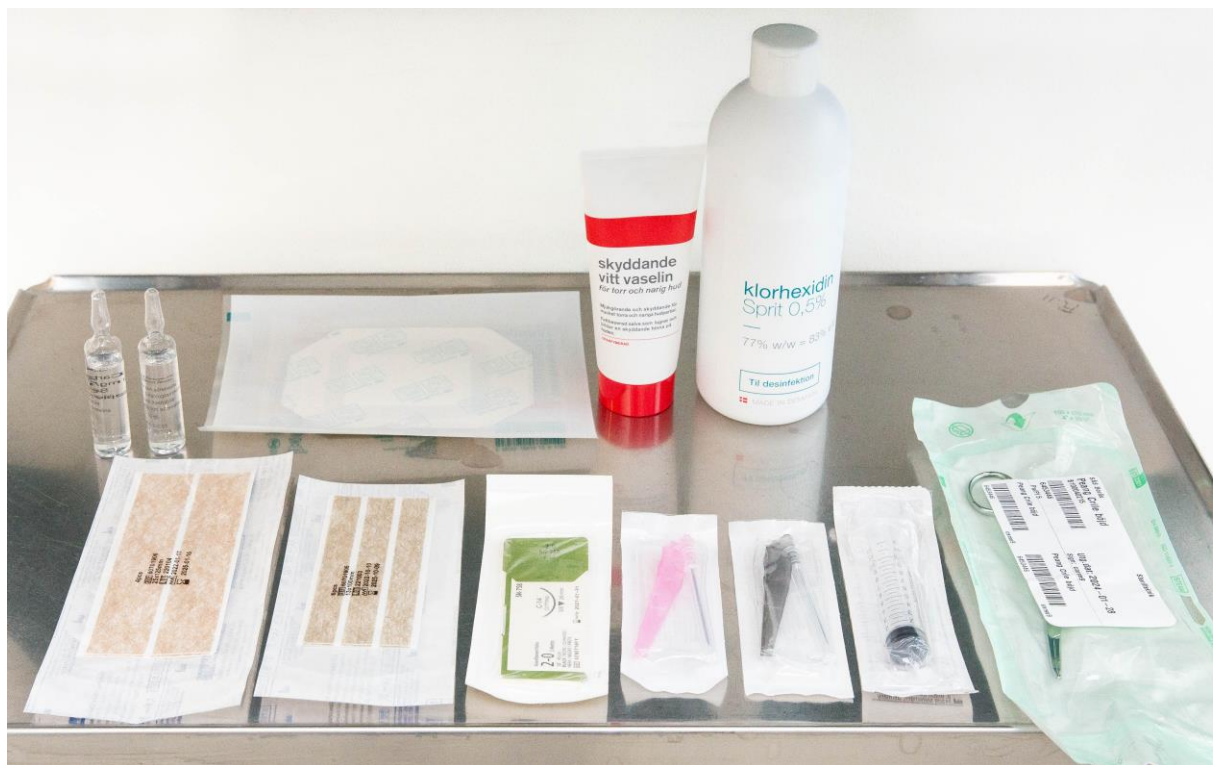
- Kontrollröntgen enligt ordination.
- Suturtagning efter 7–10 dagar, kan göras på vårdcentral.  
**Obs!** Remiss till distriktssköterska för omläggning om patient går hem.



**Bild:**

**Från vänster:**

- B6 skål med steril kompress;
- Steril kompress;
- Nålförare;
- Ögon sax;
- Rak pincett.



**Bild:**

**Från vänster:**

- Carbocain/Adrenalin 10 mg/ml + 5 mikrogram/ml (finns i läkemedelskyl), 2 st eller liknande beror på tillgängligheten;
- Genomskinligt häftande förband;
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml ofärgad;
- Steri-strip suturtejp (stora, små);
- Ståltrådssutur;
- Rosa uppdragningskanyl;
- Svart uppdragningskanyl;
- 10 ml spruta;
- Peang (rak eller böjd).



**Bild:** Överblick av hur vagnen ser ut.

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Tomasz Izycki-Herman överläkare Lungsektionen, VO Medicin, SÄS

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Medicinklinik

**Innehållsansvar:** Tomasz Izycki-Herman, (tomiz1), Överläkare

**Granskad av:** Tomasz Izycki-Herman, (tomiz1), Överläkare

**Godkänd av:** Katarina Zamac, (katlu3), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9643-1916976784-15

**Version:** 5.0

**Giltig från:** 2026-04-27

**Giltig till:** 2028-04-27