

OPERATIONSANMÄLAN SKARABORGS SJUKHUS

Från _____

Akutop.
Bör opereras inom _____

Op datum _____ Operatör _____ Uppskattad op-tid _____ minuter

Pre op. diagnos _____

Plan. operation: _____

KOD: _____

Specialutrustning _____ Blodtomhet Assistent Inf.op.

Op-läge Rygg Buk Sida hö upp Sida vä upp Benstöd Op-snitt _____

Önskemål om Anestesi Regional Lokal Generell Behov av preoperativ kontakt An läk An ssk Op ssk

Frisk Ja Nej _____

Hjärt- kärlsjukdom Nej Ja _____

Diabetes Nej Ja _____

Lungsjukdom Nej Ja _____

Njursjukdom Nej Ja _____

Blödningsbenägenhet Nej Ja _____

Allergi Nej Ja _____

Implantat Ja Nej Piercing Ja Nej

Anm/övrigt _____

Statusanmärkning _____

Cor: _____ Bitr: _____

Tidigare op./anestesi: Ja Nej _____

Medicinering: _____

Datum _____ anmälände läkare _____

sign. _____

Anestesi bedömning, ifylles av anestesilog

ASA grupp _____ Funktionsgrupp (NYHA) _____

Komplettering krävs med _____

_____ Sign.....

Anestesiform _____

Pat informerad om plan. Anestesiform Ja Nej

Plan postop vård Postop 1 Postop 2 IVA

Preop smärta Ja Nej

VAS-info Ja Nej

Plan postop smärtlindring EDA PCA

Annat _____ opiat intermittent

Sign _____ NSAID

skall finnas finns, sign

skall finnas finns, sign

Journal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iv infusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med. konsult	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förlängd fasta _____ tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rtg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blodgruppering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bastest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E- konc _____ enh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PK/APTT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blödningstid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preop huddesinf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B- glucos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oplädsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Premedicinering

ord sign. givet kl. sign.

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>