

Gäller för: Verksamhet Specialistmedicin, Lungdiagnostisk mottagning Sahlgrenska

Giltig från: 2025-10-20

Innehållsansvar: Mia Johansson, (miajo2), Sektionsledare

Giltig till: 2027-10-10

Granskad av: Marie Roth, (marro50), Vårdenhetschef

Godkänd av: Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

# DIAGN – Provhantering pleuravätska – omvårdnadsrutin

## Förändringar sedan föregående version

Texten i kolumnen ”Rör” ändrad på ett flertal ställen. Stycket ”Vid blodig vätska” borttaget. Verksamhetsnamn korrigerat.

## Bakgrund och syfte

Beskrivning för att säkerställa hantering av prover.

## Förutsättningar

Sjuksköterskor på Lungdiagnostisk mottagning, verksamhet Specialistmedicin, Område 6, Sahlgrenska Universitetssjukhuset ansvarar för att utföra arbetet enligt gällande rutin.

Vårdenhetschefen ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

## Utförande

### Pleuritprover

Prov	Remiss	Rör
Allmän odling	ROSP	Sterilt rör 10 ml
Tb-odling	ROSP	Plastflaska 250 ml
Diff	Melior Lab ord	EDTA-rör 3 ml (lila kork)
Prov	Remiss	Rör

Glukos	Melior Lab ord	FC Mix Tube 3 ml (rosa kork)
Totalprotein	Melior Lab ord	EDTA-rör 3 ml (lila kork)
Cytologi	Cytologi	Rör 50 ml (röd kork), några droppar Heparin 100 IE/ml

### Övriga prover

Prov	Remiss	Rör
Amylas	Melior La ord	Sterilt rör 10 ml
Hb	Melior Lab ord	EDTA-rör 3 ml (lila kork)
Hyaluronsyra	Allmän remiss	Sterilt rör 10 ml, späds med lika delar 50 % sprit
Facs Analys = immunofenotypning	Klin kem 4 + okodade id-etikett RO SP	4 st EDTA-rör 3 ml  Till lab helst före kl. 14
Svamp	RO SP	Sterilt rör 10 ml
Triglycerider	Melior Lab ord/id- etikett RO SP	Sterilt rör 10 ml
pH	Melior Lab ord  Id-etikett RO SP om provet lämnas på LMOT	Blodgas spruta
Immunhistokemi/ Östrogenreceptor- bestämning  Ofixerad pleuravätska.	Cytologiremiss	Sterilt rör 10 ml
Chylomikroner	Klin kem 1 + id- etikett RO SP ”Fraktionerade Lipoproteiner”	10 ml rör utan tillsats

## Avsteg från rutin

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO, där aktuell linjeförord ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

### **Uppföljning**

Uppföljning, utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske vid behov, dock senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har vårdnadschefen eller av denne utsedd person.

## Arbetsgrupp

Framtagen av: Jeanette Sundberg, sjuksköterska och Eva Erriahi, undersköterska, Lungdiagnostisk mottagning.

Denna version reviderad av: Mia Johansson, sjuksköterska, Lungdiagnostisk mottagning.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Specialistmedicin, Lungdiagnostisk mottagning Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Mia Johansson, (miajo2), Sektionsledare

**Granskad av:** Marie Roth, (marro50), Vårdenhetschef

**Godkänd av:** Björn Lindkvist, (bjoli6), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9788-135611145-132

**Version:** 8.0

**Giltig från:** 2025-10-20

**Giltig till:** 2027-10-10