

Gäller för: Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning,
Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska
Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare
Granskad av: Per Persson, (perpe8), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-08

Giltig till: 2027-12-08

Admin - Dygnsjournal IVA-sektionen; ordination och dokumentation

Revideringar i denna version

251205 Pupillkontroll ska utföras 1 gång/pass på alla sederade eller medvetandesänkta patienter. Förtydligande kring start, paus och avslut av infusioner.

Syfte

Att ge en korrekt beskrivning av dokumentationen på *DYGNSJOURNAL IVA-SEKTIONEN SU/SAHLGRENSKA* samt säkerställa dokumentation och administrering av läkemedel.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Vid vård av en patient ska det alltid föras en patientjournal för att säkerställa en god och säker vård av patienten. Patientjournalen är ett viktigt arbetsinstrument och stöd för dem som deltar i patientens vård och behandling. Även någon som inte har träffat patienten tidigare ska kunna använda patientjournalen för att bedöma vilka åtgärder som kan behöva vidtas och för att kunna ge patienten en god och säker vård. På CIVA består patientjournalen dels av Melior men vi har även en dygnsjournal där en stor mängd data dokumenteras. Nedan följer en genomgång kring hur dokumentationen på dygnskurvans olika delar ska se ut.

Ordinationsdel (vänsterspalterna)

Personuppgifter

Datum:	Skrivs ÅÅMMDD
IVA-dygn/Totalt:	Antal vårddygn på IVA. Ankomstdygn = Dygn 1. Totalt: tidigare dygn på annan IVA ska adderas.
Plats:	Rum & sängplats ex 3A
Bakavd:	Ex 137
Namn:	Förnamn Efternamn
Personnummer:	Skrivs med 10- eller 12 siffror i formatet ÅÅMMDD-NNNN eller ÅÅÅMMDD-NNNN alt reservnummer på okänd patient. Om patienten varit okänd ska reservnumret stå kvar tills dess patient-ID är sammanslaget i RAPS och syns i Interinfo och KLFYS- RTG Bild Svar.
Varning:	Kryssa i Ja eller Nej. Eventuella varningar och behandlingsbegränsningar dokumenteras i Melior.
Sekretess:	Ringa in aktuellt alternativ Ja / Nej / Förbehåll.
Ansvarig läk jourtid:	Sätt kryss i aktuell ruta.
Ansvarig läk dagtid:	För- och efternamn och telefonnummer fylls i av rondande läkare och ansvarig specialist skriver sin signatur.

Mål och gränser

Mål för dagen:	Övergripande mål för dagen, ex urträning
Cirkulation:	Ordinerade mål och värden för aktuellt dygn
Respiration:	Ordinerade mål och värden för aktuellt dygn
Neurologi:	Önskad RASS-nivå. målvärde för ICP, V-drän Öppet/Stängt?
Kalorimetri:	Vilket datum den är utförd. Skriv uppmätt EE (kcal/d) och RQ-kvot. Ordinerad kalorimängd för aktuellt dygn
Vätskebalans:	Ordinerad vätskebalans över dygnet
Blödning OP:	Blodförlust under operation
Bastest:	Datum då bastest går ut.
Ankomstvikt:	Ankomstvikt dag 1
Vikt:	Daglig vikt, tagen kl. 04-08
IBW/cIBW:	Patientens beräknade IBW/cIBW utifrån nutritions-kalkylatorn eller IBW-lathund
Längd:	Känd eller uppmätt längd

Dokumentationsdel (kurvfälten och läkemedelsraderna)

Undersökning/Besök Åtgärder och undersökningar som utförts dokumenteras här, CT, RTG, bronkoskopi, UCG. Anhörigas besökstid dokumenteras här.

Hjärtrytm/Temp Aktuell hjärtrytm och förändringar under dygnet.

Följande förkortningar ska användas:

SR = sinusrytm,

FF = förmaksflimmer,

FL = förmaksfladder,

VT = ventrikeltakykardi,

VF = ventrikelflimmer,

SVES = supraventrikulärt extraslag,

VES = ventrikulärt extraslag.

Dokumentera patientens temp var 3:e timma samt vid behov.

Puls/blodtryck Blodtryck markeras systoliskt med V, diastoliskt med Λ.

Medelartärtryck (MAP) markeras med X.

Noninvasivt tryck dokumenteras med NIBP.

Hjärtfrekvensen markeras med en röd punkt.

CVP/ST-index Uppmätt centralt ventryck/ aktuellt ST-index (Vid 5-avlednings EKG)

Perif v. hä/fö 1 gång/pass samt vid behov dokumenteras perifer värme i händer och fötter.

Aktuella ventilatorinställningar och ändringar dokumenteras med röd penna.

Mode Aktuellt ventilationsmode ex. VKTS, TU 16 eller NIV TU 6. Vid patienter som spontanandas dokumenteras om de har mask/grimma/tuss/tratt.

O2 Aktuell syrgasmängd dokumenteras i % eller liter.

MV/TV Inställd minutvolym/tidalvolym dokumenteras här. Därefter dokumenteras uppmätt volym varje timma.

AF För patient som spontanandas räknas frekvensen under 60 s. För patient med andningsstöd dokumenteras inställd andningsfrekvens här. Därefter dokumenteras uppmätt frekvens från ventilatorn.

PEEP/Topp Inställt PEEP dokumenteras här. Därefter dokumenteras uppmätt PEEP och Topptryck.

SaO2/EtCO2 Uppmätt saturation och endtidal koldioxid avläses på övervakningsskåpet.

Andn.ljud/Kufftr.	Lyssna efter och dokumentera andningsljud, ex ua, dämpat vä, rassel, ronki. Kontroll och justering av kufftryck minst en gång per pass.
Sugning koder	Dokumentera på dygnsjournalens framsida vilka sugåtgärder som utförts. Koderna finns på baksidan. (F) Sugning i tub/trach, (G) Sugning bakre svalg, (H) Sugning i X-lumen.
Läge	Patientens läge i sängen dokumenteras med följande symboler: Λ ryggläge < höger sidoläge > vänster sidoläge V bukläge ♥ Hjärtläge PLV för plankvändning Andra positioner skrivs med text.
RLS/RASS/Sedat.	Ringa in/stryk under aktuell skala. Skriv aktuellt status en gång per pass eller efter ordination/vid behov. Sedation används postoperativt enligt Sedationsscore 0–3, se ruta på dygnsjournalens baksida.
Pupill hö/vä	Pupillkontroll ska utföras 1 gång/pass på alla sederade eller medvetandesänkta patienter eller enligt ordination. Markera med tecken enligt pupillobservationsrutan som finns beskriven på dygnsjournalens framsida. Vid tveksam eller vid ingen pupillreaktion ska pupillometer användas.
ICP/CP	Dokumenteras varje timma eller enligt ordination.
V-drän pulsa	Vid öppet V-drän ska pulsationer dokumenteras varje timma med ja/nej. Skriv med röd penna om det är öppet (Ö) eller stängt (S) samt vid ändringar av höjden ex. +10mmHg.
Bromage hö/vä	Dokumenteras enligt Modifierad Bromage vid EDA-behandling, se beskrivningsruta på dygnjournalens baksidan.
Nu-DESC	Ange Nu-DESC poäng en gång per pass och vid behov.
CPOT/FLACC/AS	Ringa in/stryk under aktuell skala. Skatta smärta innan och efter smärtlindring. Dokumenteras minst en gång/pass.
VAS vila/aktiv	Anges enligt VAS-skalan, vid vila respektive aktivitet/mobilisering. Utvärdera innan och efter åtgärd.
Lokalisation	Ange smärtans lokalisation

Tarmfunktion	Dokumentera om patienten haft avföring eller gasavgång. Skrivs (A) för stor avföring, (a) för liten avföring, (g) för gaser eller (D) för stor diarré och (d) för liten diarré. Summera totalmängden i slutet på raden. Här dokumenteras också om patienten har stomi/fekalpåse/Flexiseal samt tarmljud, spänd eller mjuk buk.
V-sond	Dokumentera om patienten har v-sond, nasalt eller oralt. Kontrollera antalet cm vid näsvingen och dokumentera det under V-sondsläge. Skriv om den är stängd (S) eller öppen (Ö). Vid kontinuerligt/aktivt sug skrivs sugstyrkan på raden ex 10 cm H ₂ O. Vid retentionstest skrivs antalet ml och om det getts tillbaka eller kasserats. Totalmängden retention/aspiration som kasserats summeras i slutet på raden.
Förband	Skriv upp aktuella förband, lokalisation samt dokumentera utseende och förbandsbyte. (Använd tomma rader om flera förband finns.)
Drän	Dokumentera dräntyp, lokalisation, aktivt eller passivt samt eventuellt sug eller andra specifika ordinationer. Skriv ett dränage per rad vid flera dränage. Uppskattad mängd skrivs ~ antal ml. Kasserad mängd skrivs med röd penna. Totalmängden summeras i slutet av raden.
Tomma rader	Kan användas för ex. aktiv temperaturreglering, VAC, förband eller annan tillfällig behandling.
CRRT	Start markeras , stopp , paus %, recirk. Avsläst dragning i slutet av dygnet
Urin	Dokumentera urinmängd i ml varje timma vid timdiures. För patient som kissar spontant mäts och dokumenteras mängden på aktuellt klockslag.
Totalt	Summera total urinmängd varje timma. Totalen förs över till vätskebalanslistan.

Läkemedel

Ordination och signering av läkemedel görs i Meliors läkemedelsmodul. Vid inläggning av patient ska ansvarig läkare från akuten eller bakavdelningen starta en läkemedelsmodul med uppdaterad läkemedelslista.

Alla injektioner/infusioner som startas och avslutas dokumenteras vid aktuellt klockslag.

Kolloider Kolloider ordineras under Kolloid ord och givna enheter dokumenteras med koder för att underlätta vätskebalansräkning. (B) Blod, (P) Plasma, (A) Albumin, (T) Trombocyter.

Produkter givna på operation skrivs i början på raden. Ex: *På op: (B) 3, (P) 2*. Alla blodprodukter/kolloider skrivs med röd penna.

Sond: Enteral nutrition är livsmedel och ordineras uteslutande på dygnsjournalen på rad för sond. Infusionshastigheten anges med rött i ml/h vid start därefter skrivs ändringar endast som siffror.

Vid administrering av läkemedel i sond ska mängden vatten som behövts dokumenteras (vatten i sond) på egen rad och sedan summeras i slutet av raden.

Läkemedel Infusion: Glukosinfusioner som tar slut och som ska bytas till exakt samma styrka och elektrolytinhåll så används samma rad och ”bytt” skrivs vid aktuell tidpunkt. Totalmängden som infunderats summeras i slutet av raden.

Vid byte till glukosinfusion med annan styrka och elektrolytinhåll skrivs den nya infusionen på ny rad.

Extratillsatser, ex elektrolyter skrivs upp och signeras vid det klockslag som tillsatsen tillförs.

Kristalloider givna på operation skrivs på separat rad och avslutas med op. Om 2000 ml Ringer-Acetat givits på operation, skrivs det på en och samma rad. Pågående vätska från operation skrivs: *pg*.

Dokumentation av kontinuerliga infusioner:

1. Läkemedlets namn och styrka ska stå först. Alla opioidinfusioner skrivs med röd penna.
2. Skriv därefter pumpens inställda doseringsenhet, ex mg/kg/h, ml/h eller µg/kg/min. Doseringsenheterna är specifika för varje läkemedel utifrån IBW/IBW-justerad vikt och anges på sprutpumpens display. Kontrollera att IBW/IBW-justerad vikt är inställd i pumparna.
3. Skriv sedan aktuell infusionstakt med röd penna. Även ändringar av infusionstakt skrivs med röd penna. Doseringsenheten behöver inte upprepas vid ändringar.

4. Bolusdoser anges med (b). Vid bolusdos i EDA skrivs även antal givna ml.
5. Följ infusionens tidslinje genom att dra raka streck (med linjal) längs med raden.
6. Vid byte av spruta/påse/flaska skrivs bytt vid aktuell tidpunkt. Om icke ansvarig ssk gör bytet sätts signaturen nederst på kurvan under Sign ord. Det räcker att ansvarig ssk har skrivit sitt namn på kurvans baksida.
7. Infusionsstart skrivs i hastighet/dos med röd text. 3--
8. Infusionsavslut markeras med ┘
9. Infusionspaus markeras med %
10. Summering av given totalmängd i ml skrivs i slutet på aktuell rad.

Exempel:

		Blod / Plasma i kyl:	Kolloid ord:															
SOND		Fresubin 2 kcal/ml		ml/h	20	┘												
		Vatten i sond																
LÄKEMEDEL INFUSION		Glukos	100 mg/ml	1000 ml	120 mmol Na	40 mmol K	ml/h	40	┘									
		Noradrenalin	0,1 mg/ml	µg/kg/min	0,1	0,08	0,06	0,02	%					0,02				
		Propofol	20 mg/ml	mg/kg/h	2	0,8	┘											
		Remifentanyl	50 µg/ml	µg/kg/h	0,15	0,05	┘											
		Dexdor	8 µg/ml	µg/kg/h					0,7					1				

Läkemedel

Läkemedel som ges intermittent och som har en volym som överskrider 20 ml (ex antibiotika) ska vätskemängd anges i ml under Läkemedelsvätska.

Baksida

Datum skrivs ÅÅMMDD
 Namn Förnamn Efternamn
 Personnummer skrivs med 10- eller 12 siffror i formatet ÅÅMMDD-NNNN eller ÅÅÅÅMMDD-NNNN alt reservnummer på okänd patient. Om patienten varit okänd ska reservnumret sitta kvar tills patient-ID är i hopslaget i RAPS och syns i Interinfo och KLFYS- RTG Bild Svar.

Checklistan

Signeras vid varje utfört moment. Åtgärder som sker med intervall signeras och datum för nästa gång det ska utföras förs över till kommande dygnsjournal.

Kontroll pat.inskriven	Kontrollera att patienten är inskriven med personnummer, längd, vikt och kön på övervakningsskåpet och i ventilatorn.
Kontroll inf&artärset	Kontrollera att pågående infusioner stämmer med dygnsjournalen och är ID-märkta. Kontrollera att infusionerna är kopplade enligt rutin och kontrollera datum på läkemedlen och infusionsaggregaten. Kontrollera trycket samt datum och mängden kvarvarande vätska i artärsetet.
Signatur	Ansvarig sjuksköterska och undersköterska signerar med för- och efternamn samt signatur vid varje pass.

Omvårdnadsdel

Munvård koder	Dokumentera med (A) när tandborstning utförts, (B) när Paroex har använts och (C) när man Oljat/fuktat munhålan.
Ögonvård koder	Dokumentera med (D) när ögonvård har utförts och (E) när tårsubstitut har givits.
Stomiutseende	Ange stomins utseende: färg (rosig, mörk), svullnad
Stödstrumpor/pump	Skriv AV eller PÅ när stödstrumpor/kompressionspump används.
Sömn	Markera med streck när patienten sover.
Övriga koder	Här dokumenteras övriga koder
Tomma rader	Kan användas för dokumentation av övriga koder eller annan patientspecifik omvårdnad.

Hemodynamik vid PiCCO

SVV / PPV	Dokumenteras varannan timme och i samband med kalibrering
CCI	Dokumenteras varannan timme och i samband med kalibrering
SVRI	Dokumenteras varannan timme och i samband med kalibrering
EVLWI	Dokumenteras i samband med kalibrering
GEDVI	Dokumenteras i samband med kalibrering
CFI	Dokumenteras i samband med kalibrering

Neurostatus	Ordinerade neurologkontroller. Dokumenteras på separat kontrollista för neurologiska kontroller
Läkare – Konsulter	Namn och telefonnummer till ansvariga läkare från andra enheter
Planerade Undersökningar	CT, MR och andra inplanerade undersökningar/operationer skrivs här. Notera klockslag och aktuellt rum/lab, ex S16.
Mobilisering/ Omvårdnad/ Omläggning	Eventuella restriktioner/ordinationer för mobilisering. Särskilda ordinationer ex för spolning av drän, katetrar, bladderscan, såromläggning mm.
Frågor till nästa rond	Icke akuta frågor till nästa dygns rond.
Prover idag	Prover som ordineras att tas vid patientens ankomst eller som ordineras att tas under dagen
Prover i morgon	Ordinerade prover som planeras att tas klockan 05:00. Ansvarig läkare kryssar i de önskade analyserna.
Endast vid särskild ordination	Prover som endast ordineras på särskild indikation.
Koder	Förklaring till omvårdnadskoder.
Tillförd mängd po.	Patientens vätskeintag per os. Totalmängden förs över till vätskebalanslistan.
PCA – ordinationer	Ordinationer vid PCA. Pumpen avläses och dokumenteras var 4:e timme.
Balansräkning	Totalbalans räknas på förmiddagen och därefter minst en gång per pass och/eller vid behov.

Granskare/arbetsgrupp

Fredrik Klasson, Undersköterska CIVA

Lena Johansson, IVA-sjuksköterska CIVA

Lotta Börjesson, Instruktör CIVA

Ann-Sofie Brandén, Instruktör CIVA

Erika Wanne, Instruktör PIVA

Clara Sekander, IVA-sjuksköterska CIVA

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska

Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Granskad av: Per Persson, (perpe8), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1004

Version: 7.0

Giltig från: 2025-12-08

Giltig till: 2027-12-08