

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Giltig från: 2026-04-08

Innehållsansvar: Pernilla Jonasson, (perjo20), Sjukhusfysiker

Giltig till: 2028-03-26

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Stråldosrapportering på Intervention 2 och 3

Revideringar i denna version

Syfte

Rutinen syftar till att ge en enhetlig vård samt dokumentation baserad på kunskap, erfarenhet och forskningsresultat. Att systematisera och effektivisera omvårdnadsarbetet och säkerställa patientens vård och omhändertagande på ett optimalt sätt, samt att minska risken att fel och brister uppstår samt att underlätta introduktionen av nya medarbetare.

Bakgrund

Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) anger diagnostisk referensnivå (DRN) för olika undersökningar (exempelvis koronarangiografi) i $Gycm^2$ och $Gycm^2$ är IEC-standard för KAP/DAP värden. IEC =International Electrotechnical Commission. Genom att alltid uttrycka KAP/DAP i $Gycm^2$ får vi en tydlig referens till om stråldosen är rimlig/låg/hög.

Metodbeskrivning

LATHUND- STRÅLDOSRAPPORTERING PÅ INTERVENTION 2&3

Omvandlingstabell:

Lab	Apparaten anger dos i	Flytta kommatecknet antal steg åt vänster för att få dosen i $Gycm^2$
Siemens i23	$\mu Gycm^2$	divideras med 100, flytta 2 steg åt vänster
Philips I24, I25, I26, I32 I33, I34 och I35	$Gycm^2$	-

Ansvar

Medicinskt ansvarig sektionschef på enheten är tillsammans med vårdenhetschefen på enheten ansvarig för att rutinen är känd och följs. Den sjuksköterska eller läkare som utför arbetsuppgiften är själva ansvariga för att utföra arbetsuppgifterna enligt följande rutin. Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9.

Uppföljning, utvärdering och revision

Avvikelse från rutinen ska dokumenteras i patientjournalen och inträffade negativa händelser ska rapporteras avvikelsesystemet Med Control Pro där aktuell linjechef ansvarar för utredning, åtgärd och uppföljning.

Utvärdering och revidering av rutindokumentet ska ske senast två år efter godkännande. Ansvar för revidering har rutinansvarig sjuksköterska tillsammans med vårdenhetschef.

Dokumentation

Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

Granskare/arbetsgrupp

Pernilla Jonasson, Sjukhusfysiker, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Pernilla Jonasson, (perjo20), Sjukhusfysiker

Granskad av: Pernilla Jonasson, (perjo20), Sjukhusfysiker,
Truls Råmunddal, (trura), Sektionschef

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1814

Version: 9.0

Giltig från: 2026-04-08

Giltig till: 2028-03-26