

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Giltig från: 2025-01-23

Innehållsansvar: Sara Lundin, (sarka56), Apotekare

Giltig till: 2027-01-23

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

# Läkemedelshantering, lokalt tillägg, AnOpIVA Mölndal

## Förändringar sedan föregående version

Ändring i texten under bilagan.

## Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version .....	1
Innehållsförteckning .....	1
Bakgrund och syfte .....	2
Utförande .....	2
Definitioner .....	2
Ansvar och behörigheter .....	2
Ordination .....	3
Rekvisition (beställning) av läkemedel.....	5
Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd (PNL) .....	7
Iordningställande.....	7
Administrering och överlämnande.....	10
Utskrivning från sjukhus och överföring mellan vårdformer .....	10
Arbetsmiljöaspekter .....	10
Miljöaspekter .....	11
Kvalitetssäkring .....	11
Narkotikaklassade läkemedel.....	11
Medicinska gaser .....	12

Uppföljning .....	12
Relaterad information .....	12
Arbetsgrupp.....	12
Bilaga 1 .....	13

## Bakgrund och syfte

Skapa förutsättningar för en säker och författningsmässig läkemedelshantering inom verksamhet AnOpIVA Mölndal. Rutinen är att se som ett lokalt komplement till [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen](#) samt [Läkemedelshantering SU-övergripande](#).

## Utförande

### Definitioner

- **PNL** (PatientNära Lager): Enhetens läkemedelsförråd
- **VNL** (VårdNära Lager): Sjukhusets gemensamma läkemedelsförråd
- **RGL** (RegionGemensamt Lager): Drivs av Apoteket AB på uppdrag av VGR
- **Hamlet**: System för lagerhållning och rekvirering av läkemedel till slutenvården inom VGR
- **Extempore Sahlgrenska/Östra**: Del av Sjukvårdsapoteket VGR som tillverkar extemporeläkemedel
- **ePed**: Erfarenhets- och evidensbaserad databas för läkemedel till barn

### Ansvar och behörigheter

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för verksamheten.

Verksamhetschefen ska godkänna ändamålsenliga rutiner samt fördela ansvarat för läkemedelshanteringens inom verksamhetsområdet.

Verksamheten har en övergripande läkemedelsansvarig läkare samt apotekare som arbetar tillsammans med enheternas vårdenhetsöverläkare (VÖL), vårdenhetschefer (VEC), sektionsledare (SL) och läkemedelsansvariga sjuksköterskor. För dessa finns respektive mallar som ifyllda förvaras hos verksamhetschefen eller respektive enhet. En förteckning av ovanstående samt narkotikaansvariga och gasansvariga finns hos SL alternativt VEC.

Läkemedelsansvarig läkare representerar tillsammans med apotekare verksamheten i Läkemedelsgrupp för Område 3.

Introduktionsutbildning för nyanställd personal samt fortbildning för all personal om aktuella rutiner ska finnas. Signaturlista med namn,

namnteckning och signatur ska finnas för personal som är involverad i läkemedelshanteringen för spårbarhet. Signaturlistor förvaras på sektionsledarkontoren alternativt läkemedelsrummen.

## Ordination

Olika enheter inom verksamheten använder olika system för ordination av läkemedel. Läkemedel för anestesi- och intensivvård ska ordineras enbart av läkare med specialistkompetens eller läkare under utbildning i anestesi och intensivvård.

### IVA Mölndal

Melior ska vara det primära systemet för ordination av läkemedel.

Bakavdelning, alternativt akutmottagning, ansvarar vid inskrivning för att *Aktuella ordinationer* i Meliors läkemedelsmodul är uppdaterade.

Kontinuerliga infusioner ordinerar som ”enligt PM” i Melior med hjälp av klinikens ordinationsmallar. Dokumentation av dosjusteringar av infusioner sker sedan på pappersjournal. För övriga läkemedel sker ordination och signerad administrering i Melior.

För injektioner eller infusioner med en volym större än 20 milliliter anges administrerad mängd i milliliter vid raden ”vätska” i dygnsjournalen. Detta för att kunna sammanställa total vätsketillförsel över dygnet. Undantag är procedurrelaterade läkemedel som dokumenteras på enbart pappersjournal samt läkemedel i samband med HLR som dokumenteras i särskilt HLR-protokoll.

Dosering av läkemedel anges enligt:

- Tabletter i antal (st)
- Andra flytande per orala preparat i milliliter (mL)
- Injektioner och infusioner i milliliter (mL)
- Läkemedel i droppform i droppar (drp)
- Injektioner och infusioner som späds från torrs substans i gram (g) eller milligram (mg)
- Insulin, lågmolekylära hepariner (LMH, så som Fragmin) samt blodprodukter och koagulationsfaktorer i enheter (E)

För mer information, se [Melior - läkemedelsordinationer under intensivvård och inför utskrivning till vårdavdelning \(vgregion.se\)](#)

Ansvarig läkare för dagen piliar kommande dags ordinationer. Samtliga ordinationer ska värderas dagligen.

Sjuksköterska som gör byte till generika eller annan beredningsform ansvarar för att säkerställa utbytbarheten samt att dokumentera bytet.

## **Operation 1, 2, 3 och 4 samt Postop**

Inför operation ska patienten bedömas av anestesiläkare. Anestesiläkaren ansvarar för ordination av läkemedel som ska administreras perioperativt. Med detta avses både anestesiläkemedel och beslut om eventuella medicinska grundbehandlingar ska fortgå innan, under och efter operation. Detta samt premedicinering dokumenteras och ordinerar i Orbit. För stöd vid utsättning av patientens ordinarie behandling inför operation, se [Preoperativa läkemedel, SU Mölndal](#).

Operatören ansvarar för ordination av eventuella antibiotika samt trombosprofylax och ska ta hänsyn till anestesiläkarens ordinationer. Operatören ordinerar i fliken *Postop ordinationer* i Orbit.

Läkemedel som ges under operation dokumenteras på anestesikurvan. I de fall ordination på operationssal sker muntligt ska ordinerande läkare dokumentera detta så snart som möjligt. Om ordinerande läkare inte har möjlighet till detta ska det dokumenteras av sjuksköterska.

Anestesiläkare ansvarar för eventuella ordinationer på post-op, vilka dokumenteras på anestesikurvan. Fortsatt behandling med stående medicinering postoperativt ordinerar och signeras i Melior.

## **Muntliga ordinationer**

Den som utför en muntlig ordination är skyldig att dokumentera denna vid ordinationstillfället eller, i undantagsfall, så snart som möjligt därefter. I de fall ordinatören är förhindrad att dokumentera kan detta göras av en sjuksköterska.

## **Läkemedel ordinerade inför och under interventionsingrepp**

Ansvarig läkare ordinerar läkemedel muntligen till ansvarig sjuksköterska. Dokumentation sker på pappersjournal.

Läkemedel i samband med röntgen (så som kontrastmedel) ordinerar av radiolog och dokumenteras i elektronisk röntgenjournal.

## **Generella ordinationer**

I första hand ska tillfällig ordination användas och dokumenteras i Meliors läkemedelsmodul.

För generella ordinationer gäller verksamhetens separata rutin, se [Läkemedel enligt generella ordinationer, postop, AnOpIVA Mölndal](#).

## **Läkemedel som får dosjusteras av sjuksköterska**

Legitimerad sjuksköterska med specialistkompetens inom anestesi eller intensivvård samt legitimerad sjuksköterska, som genomgått särskild

utbildning inom verksamheten, får dosjustera läkemedel med målstyrd ordination, så som önskat medelartärtryck (MAP). Mål- och mätvärden ordinerar av läkare och dokumenteras på pappersjournal.

Läkemedel som får dosjusteras är läkemedel som är aktuella inom ramen för IVA- och anestesivård. Vid minsta osäkerhet ska sjuksköterska kontakta ansvarig läkare.

### **Generella direktiv att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa och covid**

VÖL, eller annan utsedd läkare, kan ordinera vaccin till personal genom ett generellt direktiv, giltigt i ett år. VEC ansvarar för att utse sjuksköterskor som får vaccinera personal. Hälsodeklaration ska fyllas i av varje medarbetare inför vaccination och given dos dokumenteras i Nationella vaccinationsregistret (NVR). För mer information, se [Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU](#).

### **Rekvistion (beställning) av läkemedel**

Varje enhet har ett, för enheten adekvat, fastställt PNL. Innehållet i PNL ska motsvara behovet av de mest frekvent använda läkemedel på respektive enhet. För varje läkemedel finns definierade beställningspunkter (BP) och maxlager (ML). Dessa parametrar är dynamiska och kan justeras efter enhetens behov. Fastställt sortiment finns godkänt av VÖL i pärm i läkemedelsrummet.

Läkemedel beställs via Hamlet. Akutbeställning görs enbart i akuta lägen, då dessa medför höga kostnader. Lathund för akutbeställning av läkemedel finns placerad i enheternas läkemedelsrum. Reservrutin om elektronisk beställning inte fungerar finns, se [Reservrutin beställning av läkemedel från RGL](#).

Utskrivna faxblanketter finns i varje enhets PNL.

### **Behörig beställare**

På varje enhet utses ett begränsat antal medarbetare som får rekvirera läkemedel. Dessa bör vara apotekare samt läkemedelsansvariga sjuksköterskor och/eller sektionsledare. För de enheter som har PNL-service har assistenter från Sjukvårdsapoteket rätt att beställa läkemedel baserat på utskrivna etiketter i det fastställa sortimentet. Om behov uppstår kan tillfälliga ersättare utses för att beställa läkemedel till enheten.

Samtliga sjuksköterskor och farmaceuter har behörighet att boka och hämta läkemedel i VNL samt att akutbeställa läkemedel.

## **PNL-service**

För de enheter som har PNL-service finns signerad överenskommelse som förvaras i pärm i läkemedelsrummet. Till PNL-service finns alltid en kopplad farmaceut som kan bistå hjälp.

## **Vätskevagn**

För de enheter som har vätskevagn finns fastställt sortiment. Byte av vätskevagn sker på fasta dagar samt vid behov, om detta skulle uppstå.

## **Beställningsdagar och kundnummer**

På bestämda dagar sker normalbeställning av läkemedel. Dessa är måndagar och fredagar för IVA/postop och Operation 1 och fredagar för Operation 3 och Operation 4. Stopptid för normalbeställning är 9:30, för leverans nästkommande vardag. Tilläggsbeställning kan göras mellan 9:30-14:00. Därefter kan snabbbeställning göras fram till 16:00. Akutbeställningar kan alltid göra och priset varierar baserat på dag och tidpunkt på dygnet.

### **IVA + Postop Mölndal (M)**

Kundnummer RGL : 40004402210

Kundnummer Beredning : MS9452

### **Operation 1 Mölndal (M)**

Kundnummer RGL : 40004402110

Kundnummer Beredning : MS3110

### **Operation 3 Mölndal (M)**

Kundnummer RGL : 40004402120

Kundnummer Beredning : MS9469

### **Operation 4 Mölndal (M)**

Kundnummer RGL : 40004402150

Kundnummer Beredning : SU9883

## **Mottagning av läkemedelsleveranser**

Mottagning av läkemedelsleveranser sker genom signering på kvittenslista. Mottagna läkemedel ställs i läkemedelsrummet, kylvaror packas upp direkt av den som tar emot läkemedel. Inleverans av läkemedel från RGL görs direkt i Hamlet av den som packar upp. Detta sköts av PNL-service, vilket finns på alla enheter på kliniken.

Vid eventuella avvikelser rörande leveranser från RGL så kontaktas RGL för vidare information.

## Extempore-läkemedel

Beställning av extempore-läkemedel görs via fax, använd [Beställningsblankett övrig extempore Sjukvårdsapotek VGR](#)

## Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd (PNL)

Samtliga sjuksköterskor samt eventuella farmaceuter som vistas i läkemedelsrummet har ett gemensamt ansvar för enhetens PNL. Utöver detta ansvarar PNL-service för regelbunden städning av läkemedelshyllor. Hållbarhet görs minst i slutet av varje månad. Storstäd görs en gång/år.

Läkemedel förvaras i ATC-ordning.

Läkemedel som tagits ut förpackning och till patient ska inte åter till läkemedelsrummet.

## Läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd

På klinikens enheter förvaras läkemedel primärt i läkemedelsrum (PNL). Utöver detta finns läkemedel i låsta skåp (IVA och postop-avdelningar), i låsta akutvagnar samt anestesivagnar som är låsta om de lämnas öovervakade. I blockadvagnar förvaras lokalanestesimedel.

I förråd förvaras dialysvätskor, klorhexidin (lösning, sprit, Descutan samt Hibiscrub), Klyx, spolvätskor, sterilt vatten, natriumklorid och Xylocain utan konserveringsmedel (Gel 2%).

## Arbetsförfarande vid indragningar av läkemedel

Apotekare tillsammans med läkemedelsansvarig läkare samt farmaceut från Sjukvårdsapoteket (PNL-service) arbetar tillsammans vid hantering av indragningar av läkemedel.

## Ansvarig för akutvagnar och -väskor

På varje enhet finns ansvariga för enhetens akutvagnar och -väskor. Innehållet är standardiserat och i vissa fall finns tillägg för att anpassas efter verksamhetens behov. Kontroll av akutvagn och -väska ska göras varje månad samt efter användning.

## Iordningställande

Iordningsställande får göras av behörig legitimerad personal. Inom verksamheten innebär detta sjuksköterska, apotekare eller läkare. Vid iordningsställande ska basala hygienrutiner följas och aseptisk teknik tillämpas. Iordningsställande ska göras enligt klinikens rutiner och koncentration och sprutstorlek enligt *Bilaga 1*.

## **Iordningsställande av läkemedel med och utan risk för överkänslighet**

För iordningsställande av läkemedel med risk för överkänslighet används [Iordningsställande av läkemedel med risk för överkänslighet](#).

Vid iordningsställande av läkemedel utan risk för överkänslighet behöver inte spike, med hydrofobt luft- och aerosolfilter om 0,2 µm, alternativt slutet system, användas. Annan spike eller kanyl kan med fördel användas för att minska risken för läkemedelsspill. Engångshandskar behöver inte användas. I övrigt *Bilaga 1* i rutinen ovan även för läkemedel utan risk för överkänslighet.

Vid uppdragning av läkemedel i glasampull ska kanyl med filter alltid användas. Om läkemedel sedan ska föras över till annan behållare ska kanylen bytas till en utan filter. Detta för att eventuellt glas i kanylens filter inte ska föras över till annan behållare.

## **Dokumentation av iordningsställande**

Iordningsställande ska dokumenteras i de fall detta är möjligt. I nuläget är detta endast möjligt då läkemedel ordineras i Melior. Knappen *Iordningsställ* används då och tillåter kommentar om annan metod än den rutinmässiga har använts, exempelvis annan spädningsvätska. Iordningsställande dokumenteras för ökad spårbarhet.

## **Märkning av läkemedel**

Generellt gäller att läkemedel ska märkas med:

- Patientens personnummer (om detta är känt)
- Läkemedlets namn och styrka
- Tidpunkt för iordningsställande
- Tidpunkt för administrering (om detta är möjligt)
- Signum
- Eventuell annan information, så som spädningsvätska

Om situationen är sådan att märkning enligt ovan inte är möjligt ska läkemedlet administreras direkt till patient. Vid minsta tveksamhet om innehåll i spruta/flaska/läkemedelskopp ska denna kasseras omgående.

Även på material kopplat till infusion, så som aggregat och trevägskranar ska dokumentation avseende läkemedel, tid, datum och signum finnas.

## **Rutiner för spädning av läkemedel inom verksamheten**

Då verksamheten till största del använder läkemedel för injektion och infusion är det viktigt att det finns tydliga rutiner för hur dessa ska

iordningsställas och administreras. Inom verksamheten används flera läkemedel på olika indikation och i olika styrkor på olika enheter.

### **Antimikrobiella läkemedel**

För iordningsställande och administrering av antimikrobiella läkemedel används den regionala spädningsrutinen [Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR v2.0](#). Om situationen så påkallas kan annat förförande vara aktuellt efter konsultation av exempelvis apotekare eller infektionsläkare.

### **Övriga läkemedel för injektion och infusion**

I första hand används enhetens rutiner för iordningställande och administrering. Om detta saknas används i första hand FASS och den regionala spädningsrutinen. Andra källor kan bli aktuella om information i ovanstående saknas, eller om ansvarig läkare önskar exempelvis annan spädningsvätska eller infusionstid. Konsultera apotekare vid behov.

### **Dokumentation av batchnummer för biologiska läkemedel**

Batchnummer för biologiska läkemedel ska dokumenteras i patientjournalen. Med detta avses utdelningskommentar i läkemedelsmodulen, direkt in i patientjournalen eller på pappersjournal.

### **Hållbarheter**

Generellt appliceras de hållbarheter som anges i Svensk Läkemedelsstandard [Svensk läkemedelsstandard 2023.0 Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel](#), om inte annat anges i läkemedlets produktresumé.

Vissa avsteg görs inom verksamheten. Detta gäller infusioner som ges hållbarheten 24 timmar i rumstemperatur, om inget annat anges i produktresumén. Undantaget är Propolipid, som ges hållbarheten 12 timmar i rumstemperatur.

### **Byte av material för infusioner**

Inom verksamheten används stora mängder material för infusion, så som infusionsaggregat, backventiler och trevägskranar. Att applicera hållbarheter blir aktuellt först då patient ges kontinuerlig infusion. Hållbarhet sätts då till 3 dygn, med undantag för material som används för att administrera fettemulsioner (exempelvis Propolipid och TPN). För dessa sätts hållbarheten till 1 dygn.

## Administrering och överlämnande

Den sjuksköterska eller läkare som administrerar ett läkemedel ansvarar för att säkerställa att detta stämmer överens med aktuell ordination. Patient-id kontrolleras innan administrering. Efter administrering ska detta dokumenteras och signeras.

### Kontroll av infusioner

För kontinuerliga infusioner dokumenteras start, avslut och eventuella ändringar i infusionshastigheter på aktuell pappersjournal.

Vid övertag av pågående infusioner i samband med passbyte kontrolleras ordinationen, infusionspumpen samt pågående infusioner för rätt läkemedel, styrka och infusionshastighet. Pumparnas inställningar ska kontrolleras mot aktuell pappersjournal.

På IVA dokumenteras denna genomgång på *Checklista omläggning och byte* samt på baksidan av IVA-kurvan och på operation genom *Incheckning i Orbit*.

### Delegering av administrering och överlämning

Inom verksamheten förekommer delegering för att administrera och överlämna läkemedel.

Undersköterska får administrera läkemedel i sond och nebulisator samt överlämna läkemedel till patient efter tillfällig, personlig delegering av sjuksköterska.

## Utskrivning från sjukhus och överföring mellan vårdformer

För patient som ordinerats ovanliga läkemedel med svår tillgänglighet, ska detta, om möjligt, skickas med patient för att kunna säkerställa fortsatt behandling.

## Arbetsmiljöaspekter

De kemikalier och kemiska produkter som finns inom verksamheten riskbedöms enligt [Kemikaliehantering](#). Varje enhet har minst en utsedd person som är ansvarig för kemikalier och kemikaliehantering.

För varje enhet ska finnas beräknat hur stora volymer kemikalier som får förvaras i för ändamålet avsett skåp.

Läkemedel med risk för överkänslighet iordningsställs enligt [Iordningsställande av läkemedel med risk för överkänslighet](#) och för per orala mixturer enligt [Iordningsställande av mixturer t ex antibiotika](#).

Vid hantering av cytostatika, se [Hantering av cytostatika och cytotoxiska läkemedel](#)

## Miljöaspekter

Kassation av läkemedel eller material som varit i kontakt med läkemedel sker i avsedda kärl. För sorteringsguide av läkemedel, se [Sorteringsguide läkemedelsavfall](#). Kärl för läkemedel märks med etikett *Läkemedelsavfall*. Om kärlet dessutom innehåller glasampuller och/eller kanyler ska det även märkas upp med etiketter om *Skärande och stickande*.

Elektrolytlösningar utan läkemedelstillsatser kan tömmas ut i avloppet.

Eventuella cytostatika och material som varit i kontakt med denna ska kasseras i kärl märkta *Cytostatikaavfall*.

## Kvalitetssäkring

Uppföljning och kvalitetsgranskning ska genomföras en gång vartannat åt. Sjukvårdsapoteket VGR/SU skickas ut en regionalt fastställd egeninspektion. Enkät fylls i av VEC, SL och apotekare tillsammans. Utskriven svarsrapport ska sparas på enheten i 5 år.

För eventuella brister ska en åtgärdsplan upprättas. Denna ska följas upp.

Avvikelse rörande läkemedel ska registreras i MedControl Pro. Avvikelse rörande patient ska även dokumenteras i Melior. Avvikelse rörande läkemedelsleverans ska rapporteras till leverantör.

## Narkotikaklassade läkemedel

Då verksamheten hanterar en stor mängd narkotikaklassade läkemedel är det av stor vikt att samtliga som hanterar dessa är väl medvetna om de rutiner som verksamheten har, kopplat till narkotikaklassade läkemedel.

Enligt rutin dokumenteras uttag av narkotika i narkotikajournalen med signatur. VEC kan vid behov justera hur dokumentation sker. Narkotika som hämtas från VNL ska alltid föras in i enhetens narkotikajournal i läkemedelsrummet, för att sedan föras ut i samband med administrering till patient. För VNL-narkotika kan narkotikabladd användas i stället för narkotikajournal.

Vid kassation av narkotika ska detta journalföras och dubbelsigneras. Eventuella ampuller eller blister ska avidentifieras genom att avlägsnas läkemedel från förpackningen.

Vid lån av narkotikaklassat läkemedel till annan avdelning ska personnummer på patient samt dokumentation kring vem (VGR-id, namn samt de 8 sista siffrorna på SITHS-kort) som lånat läkemedel föras in i narkotikajournal.

På verksamhetens enheter sker regelbundna kontroller och narkotikainventering enligt [Kontrollplan narkotika](#). Ifylld plan för varje enhet förvaras hos VEC. Eventuella avvikelser som framkommer vid exempelvis inventering ska föras vidare till SL eller VEC. VEC ansvarar sedan för vidare utredning.

## Medicinska gaser

För varje enhet finns en person med ansvar för medicinska gaser, enligt [Förvaring och kontroll av medicinska gaser](#). Ansvarig för medicinska gaser säkerställer att mängden som finns på avdelningen är tillräcklig för vården som bedrivs, samt ansvarar för att beställa när behov föreligger.

Utrymmen i vilka medicinska gaser finns ska vara uppmärkta tydligt.

## Uppföljning

Vid behov

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.

## Relaterad information

Vid behov, obligatoriskt där relaterad information finns

Här ska du lista de dokument som relateras till det styrande dokumentet.

Ange både vad dokumentet heter och infoga en länk till det upprättade dokumentet.

Om den relaterade informationen uppdateras eller tas bort ska informationen under denna rubrik uppdateras.

## Arbetsgrupp

Karin Löwhagen, Verksamhetschef, AnOpIVA, SU/Möln dal

Karin Thiringer, Vårdenhetsöverläkare, IVA SU/Möln dal

Malgorzata Maszkowska, Vårdenhetsöverläkare, Operation 1 SU/Möln dal

Irén Sellbrant, överläkare, funktionsansvarig, Operation 2, SU/Möln dal

Karin Kronogård, Vårdenhetsöverläkare, Op 3 SU/Möln dal

Cecilia Bondjers, Vårdenhetsöverläkare Operation 4, SU/Möln dal

Ingrid Stubelius, Barnöverläkare, SU/Möln dal

Károly Lepizsán, Smärtöverläkare AnOpIVA, SU/Möln dal

## Bilaga 1

### Enhetliga sprutstorlekar och koncentrationer för vuxna

Läkemedel	Styrka	Spädd lösning	Sprutstorlek
Adrenalin	0,1 mg/mL		10 mL
Adrenalin	0,1 mg/mL	0,01 mg/mL	10 mL
Alfentanil (Rapifen)	0,5 mg/mL		3 mL
Atropin	0,5 mg/mL		3 mL
Betapred	4 mg/mL		3 mL
Diazepam (Stesolid)	5 mg/mL		3 mL
Droperidol (Dridol)	2,5 mg/mL		3 mL
Efedrin	50 mg/mL	5 mg/mL	1 mL, 10 mL
Fentanyl	50 µg/mL		10 mL
Fenylefrin	0,1 mg/mL		10 mL
Esketamin (Ketanest)	5 mg/mL (inj.)	2 mg/mL (inf.)	5 mL, 50 mL
Glykopyrronium (Robinul)	0,2 mg/mL		3 mL
Ketamin (Ketalar)	10 mg/mL 50 mg/mL		10 mL 10 mL
Midazolam	1 mg/mL		5 mL
Morfin	10 mg/mL	1 mg/mL	1 mL, 10 mL
Naloxon	0,4 mg/mL	0,04 mg/mL	1 mL, 10 mL
Natriumklorid	9 mg/mL		10 mL
Neostigmin	2,5 mg/mL		3 mL
Ondansetron	2 mg/mL		3 mL
Oxikodon	10 mg/mL	1 mg/mL	1 mL, 10 mL
Primperan	5 mg/mL		3 mL
Propofol	10 mg/mL (inj./inf.) 20 mg/mL (inf.)		10 mL/50 mL 50 mL
Remifentanil	1 mg, 2 mg, 5 mg	50 µg/mL	50 mL
Rocuronium (Esmeron)	10 mg/mL		5 mL
Suxametonium	50 mg/mL		3 mL, 5 mL
Tiopental	500 mg	25 mg/mL	20 mL, 10 mL

Observera att ovanstående sprutstorlekar är avsedda för vuxna patienter.

Till barn används mindre sprutstorlekar, anpassade efter barnets kroppsvikt, för högre dosnoggrannhet. Se [Barn - sprutstorlekar, läkemedel vid barnanestesi, AnOpIVA Mölndal](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

**Innehållsansvar:** Sara Lundin, (sarka56), Apotekare

**Godkänd av:** Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-3264

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2025-01-23

**Giltig till:** 2027-01-23