

Röntgen  
Tel. (010 -24)2 52 41

Personnummer: .....

Patientnamn: .....

**Eftervård PTC nyinläggning / justering / byte**  
(avlastande dränage av gallvägar internt alternativt externt)

**Undersökning utförd med hjälp av narkos.**

Mottagare: ..... Datum .....

Bltr före us: ..... / ..... Bltr efter us: ..... / .....

Ingreppet började kl ..... slutade kl.....

Kontrastmedel ..... mgl/ml .....

Kateter/stent ..... Storlek .....

PTC-kateter är uppmärkt  Ja  Nej

Externt dränage  Internt dränage  Vid nyinläggning

Givna läkemedel: .....

.....

.....

Röntgenläkare ..... Tel.....

Röntgensjuksköterska.....

Patienten observeras under 6 timmar, varav 2 timmar på UVA.

Patienten ska vara fastande 2 timmar efter undersökningen.

Var god vänd!

Katetern ska spolras en gång varannan timme med 10 ml NaCl, under dessa 6 timmar (aspirera i samband med spolning).

Spolning nr 1 kl..... Sign .....

Spolning nr 2 kl..... Sign .....

Spolning nr 3 kl..... Sign .....

Kontrollera blodtryck, puls och Hb samt insticksställe p.g.a. blödningsrisk (tidsintervall enligt gällande rutiner på UVA).

Vid byte/justering

.....  
.....  
.....

Kommentar i samband med undersökningen: .....

.....  
.....

Röntgensjuksköterskas signatur .....