

Kontrollblankett för invasiva radiologiska undersökningar

Ifylles av vårdenhet	Namn: _____		Datum: _____	
	Personnr: _____			
	Smitta <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		PVK <input type="checkbox"/> Ja satt kl. <input type="checkbox"/> Nej	
	Fastande från kl: _____			
	OP-anmälan gjord och lämnad till OP kl: _____			
	Labbvärden (får vara max 24 h gamla)			
APTT: _____		Tromb: _____		
PK: _____		Krea: _____		
Antikoagulantia: _____		<input type="checkbox"/> Ja utsatt datum / tid <input type="checkbox"/> Nej		
Trombocytthämmande: _____		<input type="checkbox"/> Ja utsatt datum / tid <input type="checkbox"/> Nej		
Bltr före us: _____		Bltr efter us: _____		
Anestesi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Kateterstorlek och sort: _____		
Administrerade läkemedel på röntgen: _____				
Eftervård				
Sängläge <input type="checkbox"/> Ja 4h. <input type="checkbox"/> Nej		Patient får inta flytande kost kl: _____		
Kontroll av: <input type="checkbox"/> Puls/bltr (4h efter us) <input type="checkbox"/> Punktionsställe <input type="checkbox"/> Spoling med NaCl		Patient får inta normal kost kl: _____		
		Lungröntgenkontroll <input type="checkbox"/> Ja, kl: <input type="checkbox"/> Nej		