

Patientidentitet

<p>Ifylls av koordinatör</p> <p>Planerad åtgärds-/undersökningsdatum:.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja VARNING <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja Blodsmitta <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Diagnos:.....</p> <p>Planerad åtgärd/undersökning:</p> <p>Behöver patienten läggas in på avdelning för laxering innan röntgenundersökningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Kontraindikation för Phosphoral</p> <p>Om inläggning: Fyll i kontraindikation, varning, blodsmitta, anamnes och ev övrigt. Resten lämnas tomt.</p> <p>Undersökningskod:.....</p> <p>Sida: <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster</p> <p>Rutinprover <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej PK <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Tpk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej APT-tid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej EKG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Blodtryck/..... mmHg</p> <p>ASA-klassifikation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frisk patient 2. Patient med måttligt uttalat sjukdomstillstånd som ej orsakar funktionell begränsning 3. Patient med allvarligt sjukdomstillstånd som orsakar funktionell begränsning 4. Patient med svår systemsjukdom som är potentiellt livshotande 	<p>Sedering önskas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Allergi/överkänslighet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Diabetes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hjärt-/kärlsjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hypertoni <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Lungsjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Lever-/njursjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Mag-/tarmsjukdom <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Steroidbehandling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Infekterad <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hjärt-/lungstatus u.a. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Anamnes:</p> <p>Läkemedel: Kopia på läkemedelslista medföljer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Utsättande av läkemedel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Datum för utsättande.....</p> <p>ASA-klassifikation: <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4</p> <p>Övrigt:</p> <p>Signeringsdatum</p>	<p>Anmälande läkare</p>