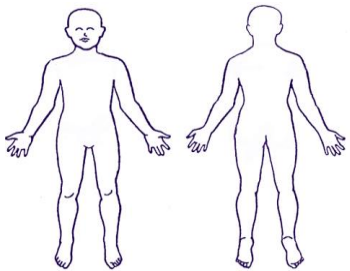


OPERATIONSSYGEPLEJEDAGBOK A-OP., ASS

Patient-data:	Dato:	Stue:
	Fremstilling start kl.:	Op.-start kl.:
Indgreb:	Op. slut kl.:	Stuen klar til rengøring kl.:
	Akut <input type="checkbox"/> Elektiv <input type="checkbox"/>	Anæstesi: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Bemærkninger (ventetid og lignende):	Kasse-numre:	
<u>De 5 trin:</u> Forløbskema udfyldt: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Afmærkning af op.-felt: (Kan undlades <input type="checkbox"/>) Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Op.felt intakt: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvad: Huddesinfektion: Klorhexidin 0,5% <input type="checkbox"/> Klorhexidin-cetrimid <input type="checkbox"/> Sprit <input type="checkbox"/> Hårfjerning: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Allergi: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvad: _____	Diatermi: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Monopolær <input type="checkbox"/> RFA mono. <input type="checkbox"/> RFA tri. <input type="checkbox"/> NANOknife <input type="checkbox"/> Reaktion efter neutralplader: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ultralyd: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Thunderbeat <input type="checkbox"/> Ligasure <input type="checkbox"/> Hamonic <input type="checkbox"/> Vessel Sealer <input type="checkbox"/>
Kateter á demeure: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nr.: _____ MI i ballon: _____ Éngangkateterisation: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Anlagt af: _____ Suprapubisk kateter: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
<u>Lejring:</u> Arm inde langs siden <input type="checkbox"/> standardlejring m/spredelen <input type="checkbox"/> Ryg <input type="checkbox"/> Lap. splenektomi <input type="checkbox"/> Lap. Bypass <input type="checkbox"/> Bug <input type="checkbox"/> Lap. colon <input type="checkbox"/> Lap C-recti <input type="checkbox"/> Gyn. <input type="checkbox"/> Robot Cardia <input type="checkbox"/> Robot Sig/LAR <input type="checkbox"/> C. recti <input type="checkbox"/> Bugleje a. m. Holm <input type="checkbox"/> Sideleje <input type="checkbox"/> Hø. <input type="checkbox"/> Ve. <input type="checkbox"/> TEM-side <input type="checkbox"/> Hø. <input type="checkbox"/> Ve. <input type="checkbox"/> Omlejring <input type="checkbox"/> Afvigelse fra kl. vejledning <input type="checkbox"/> Tegn på tryk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvor: _____	Lokal anæstesi: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Marcain <input type="checkbox"/> Lidokain <input type="checkbox"/> Styrke: _____ MI: _____	
<u>Staple'r, clips, mecher og andet uresorberbart materiale:</u> GIA <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> Cirkulær stabler <input type="checkbox"/> EndoClip <input type="checkbox"/> Protack <input type="checkbox"/> Multifire <input type="checkbox"/> EndoGIA <input type="checkbox"/> Ultrapronet <input type="checkbox"/> Paritexmesh <input type="checkbox"/> Bidesignmesh <input type="checkbox"/> Lot.-numre påklæbes bagsiden! Andet: !	Præparater sendt: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Frys <input type="checkbox"/> sendt: _____ Antal: _____ Histologi <input type="checkbox"/> Antal: _____ Podning <input type="checkbox"/> Antal: _____ Mikroskopi <input type="checkbox"/> Antal: _____ Cytologi <input type="checkbox"/> Antal: _____ Diverse dyrkninger <input type="checkbox"/> Antal: _____	
<u>Optælling og kontrol af:</u> Servietter Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Kompresser Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Idioter Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Typfer Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Disarp Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Nåle Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Instrumenter Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis optællingen ikke stemmer, følges procedure for "Optælling og registrering af sterile materialer i forbindelse med operationer"	<u>Dræn:</u> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bølgedræn <input type="checkbox"/> Antal: _____ Huldræn: Nr.: _____ Antal: _____ Pancreasdræn: Nr.: _____ Antal: _____ Thorax-dræn: Nr.: _____ Antal: _____	
Operatør:	<u>Forbinding:</u> Steristrips <input type="checkbox"/> Jelonet <input type="checkbox"/> Antal: _____ plaster <input type="checkbox"/> absorb. Plaster Antal: _____ Drænforb. <input type="checkbox"/> plaster m/skum Antal: _____ Stomipose <input type="checkbox"/> Aquacel <input type="checkbox"/> Antal: _____ Pt. pakket med servietter <input type="checkbox"/> Antal: _____	
Ass. læger:	Op.sygepl.:	
Gulv-ass.:	Afløsning ved vagtskifte:	
Underskrift "gulv-personale":	Underskrift ass. sygeplejerske:	