|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medikamentblanding** | **Adm.vei** | **Innstilt pumpefunksjon** |
|  | Epidural nivå:  Spinal nivå:  Subcutan:  Intravenøs: | Kontinuerlig  Kontinuerlig + bolus  Bolus |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sjekkliste før oppstart - innstilling av pumpen CADD-Legacy PCA** | | | |  |  |
| Enheter: **ml** | Luftdetektor: **Av** | Gjennomstrømssensor: **På** | Låsenivå: **LN 2 ved PCA** | Signatur: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sjekkliste daglig** Dato: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kl.: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kassettvolum | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml |
| Kontinuerlig hastighet | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t |
| Bolus mengde | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml |
| Bolus sperretid | min | min | min | min | min | min | min | min |
| Antall bolus per time |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antall bolus akseptert |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antall bolus forsøkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Innstikksted kontrollert |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NRS (Numeric Rating Scale) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antall kassetter på lager |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontroll utført spl. signatur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anmerkninger (alle notater dateres og signeres): | | | | | | | | |

………….............................................................................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sjekkliste daglig** Dato: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kl.: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kassettvolum | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml |
| Kontinuerlig hastighet | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t | ml/t |
| Bolus mengde | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml | ml |
| Bolus sperretid | min | min | min | min | min | min | min | min |
| Antall bolus per time |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antall bolus akseptert |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antall bolus forsøkt |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Innstikksted kontrollert |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NRS (Numeric Rating Scale) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Antall kassetter på lager |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kontroll utført spl. signatur |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Anmerkninger (alle notater dateres og signeres): | | | | | | | | |

Pasienten får med seg kopi av skjemaet ved hjemreise, samt et blankt skjema til bruk for hjemmesykepleien.