

Avd./sengepost/poliklinikk: _____

Årstall: _____ Ark nr: _____

Medikamentblanding	Adm.vei	Innstilt pumpefunksjon
	<input type="checkbox"/> Epidural nivå: <input type="checkbox"/> Spinal nivå: <input type="checkbox"/> Subcutan: <input type="checkbox"/> Intravenøs:	<input type="checkbox"/> Kontinuerlig <input type="checkbox"/> Kontinuerlig + bolus <input type="checkbox"/> 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	ml
Kontinuerlig hastighet	ml/t	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	ml
Bolus sperretid	min	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	ml
Kontinuerlig hastighet	ml/t	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	ml
Bolus sperretid	min	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.