

Avd./sengepost/poliklinikk: Døgnområde 6

Dato: _____ kl. _____

PREOPERATIVT FASE på hoftemottaket:	Kartlegginger og tiltak:
Fast-track: <input type="checkbox"/> Direkte på hoftemottak <input type="checkbox"/> Vært i akuttmottaket, Pga.: <input type="checkbox"/> Hodeskade <input type="checkbox"/> Andre brudd <input type="checkbox"/> Høy NEWS <input type="checkbox"/> Annet: _____	Kjønn: <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann Bilediagnostikk: <input type="checkbox"/> Utført CT <input type="checkbox"/> RTG-thorax Diagnose: <input type="checkbox"/> Høyre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> FCF <input type="checkbox"/> PTFP <input type="checkbox"/> STFF
Innlagt fra: <input type="checkbox"/> Egen bolig <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Annet sykehus/sykehusavdeling <input type="checkbox"/> Rehabilitering <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser: _____	Ernæringscreening: Vekt: _____ kg Høyde: _____ cm Pas. er veid: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, fordi: _____ Ernæringsbehov (30kcal/kg/døgn): _____ <input type="checkbox"/> Utført screening: _____ Score (Journalføres i DIPS) Positiv screening: « Væske og ernæring »-skjema på døren: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, fordi: _____
Pas er i stand til å ta vare på sine egne verdisaker: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, tiltak se under: (Journalføres i behandlingsplan) <input type="checkbox"/> Verdisakene er innlåst <input type="checkbox"/> Verdisakene sendt m/pårørende	Ernæring/væske preoperative tiltak: (Skriv dato) <u>PreOp</u> Væske iv. Driker selv 1.dag: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.dag: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3.dag: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Blodprøver (innen 24t): <input type="checkbox"/> Blodprøvepakke «Innkommst hoftebrudd» tatt <input type="checkbox"/> Blodtyping og screening m/gyldighetsdato <input type="checkbox"/> Nyrefunksjon(GFR): _____ Hemoglobin(Hb): _____	Preoperativ gangfunksjon: <input type="checkbox"/> Går fritt uten hjelpemidler <input type="checkbox"/> Innendørs gange, men utendørs m/hjelpemidler <input type="checkbox"/> Hjelpemidler både ute og inne <input type="checkbox"/> Bare forflytning innendørs <input type="checkbox"/> Ingen gangfunksjon (rullestol) <input type="checkbox"/> Ukjent New Mobility Score (NMS) før bruddet: _____ (0-9)
Nerveblokkade: <input type="checkbox"/> Bestilt femoralisblokkade, Dato: _____ kl: _____ <input type="checkbox"/> Fått femoralisblokkade, Dato: _____ kl. _____ <input type="checkbox"/> Ikke fått før opr, fordi: _____	CFS (clinical frailty scale) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 (Journalføres i elektronisk medisinkurve)
Smertevurdering (VRS) før preoperativ dusj/vask: <input type="checkbox"/> 0 smertefri <input type="checkbox"/> 1 milde smerter <input type="checkbox"/> 2 moderate smerter <input type="checkbox"/> 3 sterke smerter <input type="checkbox"/> 4 verst tenkelige smerter	Innkommst 4AT: <input type="checkbox"/> Utført _____ Score (0-12) (Journalføres i elektronisk medisinkurve)
Preoperativ vask: <input type="checkbox"/> Preoperativ dusj, dato: _____ <input type="checkbox"/> Vasket i seng → fordi: <input type="checkbox"/> STFF (blødningsfare) eller <input type="checkbox"/> Annet _____	Barthel: <input type="checkbox"/> Utført _____ Sum score (0-100) (Journalføres i elektronisk medisinkurve)
EKG-utført : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis «Ja», vurdert av lege: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker	IQCODE: <input type="checkbox"/> Utført _____ Gjennomsnittsscore <input type="checkbox"/> Nei, har diagnosen demens (Journalføres i DIPS, skjema scannes inn)
Eliminasjon: <input type="checkbox"/> Ja, lagt inn urinkateter <input type="checkbox"/> Perm. KAD Urin-stix tatt: <input type="checkbox"/> Negativ <input type="checkbox"/> Positiv → <input type="checkbox"/> dyrkning Behandles for UVI: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, fordi: _____	ASA klassifikasjon: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Trykksår ved innkomst: <input type="checkbox"/> Ja, hvor: _____ <input type="checkbox"/> Nei I risikogruppen for trykksår: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei (Registreres i elektronisk medisinkurve, under fanen «Screeninger»)	Osteoporosebehandling ved innkomst: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja → Hvilke type: _____ (F.eks. alendronat, zoledronat, denosumab og teriparatid)
Trykksårforebyggende tiltak: (helpute, pute på siden, små stillingsendringer) Hengt opp snu- liste på døren og startet tiltak: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei (Etterregistres i Metavision)	PLO Helseopplysninger innen 24t: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Kartleggingsnotatet m/beh.plan opprettet (24t.): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hypotermiforebygging: <input type="checkbox"/> Ikke utført (Nei) <input type="checkbox"/> Lagt på varmeteppe (med dynetrek under)	Informasjonsbrosjyre Gitt brosjyren «Til deg som er operert for brudd i hoften» til pas. og/eller pårørende: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Operasjon utsatt (24t etter innleggelse): <input type="checkbox"/> Ikke utsatt <input type="checkbox"/> Pga. pasientens tilstand <input type="checkbox"/> pga. kapasitet <input type="checkbox"/> Annet: _____	Pasient og pårørendeopplæring: Spurt pasienten «Hva er viktig for deg?». <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Faste-tid: (Antall timer faste fra kl.24:00 til portør henter pasienten) 1.omgang: Dato: _____ T: _____ 2.omgang: Dato: _____ T: _____ 3.omgang: Dato: _____ T: _____	

Pasient-ID

Postoperativ fase: 1-3 døgn

Bestilt blodprøvepakke « Ort post.op » <input type="checkbox"/> 1.post.op dag <input type="checkbox"/> 2.post.op dag <input type="checkbox"/> 3.post.op dag	Hemoglobin (Hb): <input type="checkbox"/> 1.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 2.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 3.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> Blodtransfusjon: Antall SAG totalt: _____	Nyrens totale funksjon, GFR (Glomerulær filtrasjonshastighet): <input type="checkbox"/> 1.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 2.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 3.post.op dag: _____	<i>Informasjon om GFR:</i> Over 90 – Normal nyrefunk.. 60-89 Lett redusert nyrefunk.. 30-59 Moderat red. nyrefunk.. 15-29 Alvorlig red. nyrefunksjon Under 15 Nyresvikt
4AT Utført: <input type="checkbox"/> 1.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 2.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 3.post.op dag: _____ (≥ 4 = mulig delirium og/eller kognitiv svikt. 4AT gjentas ved endret mental status (NEWS fra 0 til 3 for bevissthetsnivå)	Miljøtiltak ved positiv 4AT: (kan krysse av for flere) <input type="checkbox"/> Enerom (lyst om dagen, stille og mørkt om natta) <input type="checkbox"/> Gjentatt realitetsorientering (vennlig og kortfattet) <input type="checkbox"/> Briller, høreapparat, samtaleforsterker, fjerning av ørevoks <input type="checkbox"/> Skjerming (slå av TV og radio, redusere støy) <input type="checkbox"/> Mobilisering og aktivisering - viktig v/hypoaktivt delirium <input type="checkbox"/> Tilrettelagt mat og drikke <input type="checkbox"/> Mates <input type="checkbox"/> 1:1-oppfølging av helsepersonell/vekker/pårørende		
Mobilisert opp 1 post.op dag: (envalg) <input type="checkbox"/> Satt på sengekant <input type="checkbox"/> Stod på beina med prekestol <input type="checkbox"/> Gikk noen skritt med prekestol <input type="checkbox"/> Ikke mobilisert → Hvorfor: _____	Fysioterapi CAS-score: <input type="checkbox"/> 1.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 2.post.op dag: _____ <input type="checkbox"/> 3.post.op dag: _____		
Urinkateter (KAD): (envalg) <input type="checkbox"/> Seponert 1.post.op dag <input type="checkbox"/> Seponert 2.post.op dag <input type="checkbox"/> Seponert 3.post.op dag <input type="checkbox"/> Annet: _____	Blærescanning etter seponering: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Resturin: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja → Evt. antall ml: _____ <i>(Journalføres i elektronisk medisinkurve)</i>		
Ernæringstiltak utført postoperativt: (kan krysse av for flere) <input type="checkbox"/> Beriket mat (fløte/smør/olje/ekstra pålegg) <input type="checkbox"/> Næringsdrikke 200ml/120ml x3 <input type="checkbox"/> Calogen 30ml x 3	Ved positiv ernæringscreening: Ernæringstiltak kommer fram i PLO Helseopp. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Ernæringsplan kommer tydelig fram i epikrisen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Matsituasjon: <input type="checkbox"/> Spiser på egenhånd <input type="checkbox"/> Mates <input type="checkbox"/> Nekter mat <input type="checkbox"/> Annet: _____	Hydrering (gjelder både RingerAcetat, NaCl og Glucose) 1.post.op dag: 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 2.post.op dag: 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/> 3.post.op dag: 1L <input type="checkbox"/> 2L <input type="checkbox"/>		
Osteoporosebehandling: <input type="checkbox"/> Vurdert <input type="checkbox"/> Ikke vurdert <input type="checkbox"/> Egnet <input type="checkbox"/> Ikke egnet	Osteoporosebehandling: (kan krysse av for flere) <input type="checkbox"/> Starter med Kalsium/D-vitamin 500mg/800 IE <input type="checkbox"/> D-vitamin booster (100.000IE Kolekalsifero) <input type="checkbox"/> Zolendronsyre (Aclasta) iv <input type="checkbox"/> Henvist til DXA/bentetthetsmåling <input type="checkbox"/> Annet: _____		
Bivirkninger etter Aclasta- infusjon: (kan krysse av for flere) <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/> muskelsmerter <input type="checkbox"/> lette frysninger <input type="checkbox"/> tretthet <input type="checkbox"/> hodepine <input type="checkbox"/> Utskrevet samme dag som fått infusjon			
Har HLR-status blitt vurder under oppholdet: <input type="checkbox"/> Ikke vurder <input type="checkbox"/> vurdert → <input type="checkbox"/> HLR+ <input type="checkbox"/> HLR –	Har pasienten vært på tun 4 gjennom hele sykehusoppholdet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Oppdaterte PLO-Helseopplysning sendt før meldt USK: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt	Praktiske ved utskrivning: <input type="checkbox"/> E-resepter <input type="checkbox"/> Sendt med medisiner t.o.m. formiddag neste arb.dag		
Epikrise sendt utskrivelsesdagen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Utskrevet til: <input type="checkbox"/> Hjemmet <input type="checkbox"/> Helsehus/sykehjem(KTO) <input type="checkbox"/> Fast plass Utskrevet dato: _____		

Slutt på Sjekkliste