

OPERATIONSJOURNAL MOTTAGNINGSDIVISION ÖNH

Op ssk	Operatör	Namn
Sal. pass	Assistent	
		Op. Datum

Operation		
<p>Hudstatus/Huddesinfektion</p> <p><input type="checkbox"/> ID-kontr/OP-markering Sign _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hudstatus u a _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hudstatus EJ u a _____</p> <p><input type="checkbox"/> Håravkortning</p> <p>Huddesinfektion</p> <p><input type="checkbox"/> NaCl</p> <p><input type="checkbox"/> U-sprit 70%</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Drapering:</p> <p><input type="checkbox"/> Non Woven</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Läkemedel</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal bed med Adrenalin _____ mg/ml, totalt _____ ml</p> <p><input type="checkbox"/> Lokal bed utan Adrenalin _____ mg/ml, totalt _____ ml</p> <p><input type="checkbox"/> Hirs 4% _____ ml</p> <p><input type="checkbox"/> T paracetamol _____ g</p> <p><input type="checkbox"/> Väteperoxid 3%</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p> </p>

<p><input type="checkbox"/> Coblator</p> <p><input type="checkbox"/> Borr</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraljud</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Preparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal _____</p> <p>Odling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal _____</p> <p>Cytologi <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Antal _____ Sign _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fixerat med formalin <input type="checkbox"/> O-Fixerad</p> <p><input type="checkbox"/> Fixerat med alkohol <input type="checkbox"/> Lufttorkat</p> <p><input type="checkbox"/> Fixerat med _____</p>
---	---

Checklista genomgången

OPERATIONSJOURNAL MOTTAGNINGSSOPERATION ÖNH

Diatermi MTA Nr _____ Program _____ <input type="checkbox"/> Bipolär _____ w <input type="checkbox"/> Monopolär Cut _____ w _____ Coag _____ w Neutralelektrod _____	Sutur och förband <input type="checkbox"/> Hudsutur icke resorberbart _____ <input type="checkbox"/> Hudsutur resorberbart _____ <input type="checkbox"/> Intrakutant _____ <input type="checkbox"/> Sterilstrip _____ <input type="checkbox"/> Tamponad _____ <input type="checkbox"/> Förband _____
--	--

Galler/ Extra Instrument		Operationsmaterial		
		Material	Uppdukat	Sluträknat
		Kompress vävd små 1x5		
		Tork 0:ans 1x5		
		Hjärtork		
		Suturnålar		
		Sprutor		
		Kanyler		
		Sug		
		Penna		
		Knivblad		
		Stans		
		Implantat		

Hygienstatus <input type="checkbox"/> U a <input type="checkbox"/> Handskperforation <input type="checkbox"/> Annat _____	Slutkontroll Ansvarig Op.SSK. Namnteckning _____
---	---