Operationsanmälan vid driftstopp

Operationsanmälan

Klinik :
Norrbottens läns landsting

Anmälningsdatum *
Anmäld av *
Önskad Op-avd *
Sektion *
Vårdavdelning
Beställare

Patientinformation

Personnr *
Reservnummer
Förnamn
Efternamn
Adress
Postnr
Postort
Tel. Bostad
Tel. Arbete
Tel. Mobil
E-post
Län
Kommun

Tolkbehov

	Ja	Nej	Vet ej
Rökare *	○	○	○
Sekretess - ingen information skall ges	☐		
Spärrad information	☐		
Kan komma med kort varsel	☐		
Avstår vårdgaranti	☐		

Status
○ Elektiv
○ Akut

Prioritet *
Vårdform *

Önskat operationsdatum
Fr.o.m. T.o.m. Måldatum

Väntelistkommentar (max 300 tecken)

Operationsinformation

Diagnos *

Välj diagnosmall

Sök på diagnoskoder eller diagnosbeskrivning

Planerad operation *

Välj operationsmall

Sök på operationskoder eller operationsbeskrivning

Fritext Preoperativ diagnos (max 300 tecken)

Preoperativa utredningar

Preop

Det finns 0 beställda preoperativa utredningar.
Varav 0 är klarmarkerad.
Preoperativ utredning är inte signerad.

Fritext Operation (max 300 tecken)

Op-läge
Sidomarkering *

Operationsresurser

Operatörer

Operatör från annan klinik

Utrustning som måste bokas

Uppskattad förberedelsetid (Patienttid start - Op start)

Tim Min

Uppskattad operationstid *

Tim Min Huvudingrepp

Uppskattad avvecklingstid (Op slut - Op.sal ut)

Tim Min

Information till anestesiolog

Viktig information till anestesiolog

Önskad anestesiform

Ab-profylax

Trombosprofylax

Blodbeställning Blodgruppering Bastest

Antal enh. Blod Antal Plasma

Längd (cm) Vikt (kg) BMI --- Blodtryck

Övrig information

Patienten är frisk? *

Skade/Insjuknande datum

Aktuellt och andra sjukdomar av intresse (max 400 tecken)

Allergi/överkänslighet *

- Ja
- Ingen känd

Vilka allergier/överkänslighet (max 300 tecken)

Allmäntillstånd

- Hjärtsvikt
- KOL
- Ins beh. diabetes
- T beh. diabetes
- Metformin
- Njursvikt krea>130
- Tidigare stroke
- Tidigare hjärtinfarkt
- Hypertoni
- Porfyrimisstanke
- Intraabdominell/thorakal operation

Pacemaker *

- Ja
- Nej

Står pat. på Antikoagulationsbehandling/trombolyshämmare eller naturläk.som påverkar koagulationen . *

- Ja
- Nej

Skall något av dessa sättas ut? . *

- Ja
- Nej

Om du svarat ja ovan fyll i nedanstående fält

Vilket preparat skall sättas ut?

Utsätts antal dagar innan Op

Vilket ersättnings preparat skall användas?

Fritext antikoagulantia (max 200 tecken)

Uppskattad fysisk förmåga. Se länk högst upp till höger på sidan.

METS

Kompletterande information till op

Blodtomt fält

- Ja
- Nej