


PATIENTLABEL:		Ortopædkirurgisk afdeling M Postoperativ observation (Arket arkiveres 2. postopr. døgn)	
		År _____ Nummer _____	 Side 7b
Tilbage fra operation		Forbinding	
Dato/Kl/Sign		Dato/Kl/Sign	
Den: kl.: <input type="checkbox"/> Skabsnøgle udleveret		<input type="checkbox"/> Tør	
Anæstesiform		<input type="checkbox"/> Skyggegenemsivet	<input type="checkbox"/> Gennemsvivet
<input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> Spinal <input type="checkbox"/> Scalenerblok		Smerter	
<input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> Andet:		VAS ved ankomst fra op/opvågning:	
Postoperative værdier		Smertestillende givet på op/opvågningen:	
<input type="checkbox"/> BT, Puls, TP og evt. SAT (føres over på Observationsskemaet)		Præparat: _____ sidst givet kl. _____	
		Præparat: _____ sidst givet kl. _____	
Bevidsthedsniveau		Væskebalance	
<input type="checkbox"/> Vågen		<input type="checkbox"/> Væskestatus fra anæsthesiskema overført til væskeskema	
<input type="checkbox"/> Somnolent (Sovende men kan vækkes)		<input type="checkbox"/> Drop fungere med:	
<input type="checkbox"/> Soporøs (Tungt sovende men kan vækkes ved smertestimuli)		<input type="checkbox"/> Drop seponeret	
<input type="checkbox"/> Komatøs		Urogenitalt	
Mental tilstand		<input type="checkbox"/> Spontan vandl. kl. _____, ml.	
<input type="checkbox"/> Klar og orienteret <input type="checkbox"/> Desorienteret		<input type="checkbox"/> Ingen vandladning	
<input type="checkbox"/> Urolig		<input type="checkbox"/> Blærescanning kl. _____, ml.	
Hud		<input type="checkbox"/> Kolbe/bækken/toilet kl. _____, ml.	
<input type="checkbox"/> Normale farver / <input type="checkbox"/> Normal temperatur		<input type="checkbox"/> Engangskateter kl. _____, ml.	
<input type="checkbox"/> Kold <input type="checkbox"/> Fugtig		Gastrointestinalt	
<input type="checkbox"/> Klamtsvedende <input type="checkbox"/> Varm		<input type="checkbox"/> Intet at bemærke	
<input type="checkbox"/> Bleg <input type="checkbox"/> Cyanotisk		<input type="checkbox"/> Kvalme <input type="checkbox"/> Opkastning	
<input type="checkbox"/> Kulderystelser		Andet	
Respiration		<input type="checkbox"/> Information om operation givet	
<input type="checkbox"/> Frekvens: <input type="checkbox"/> Dyb		<input type="checkbox"/> Operationsbeskrivelse udleveret	
<input type="checkbox"/> Regelmæssig <input type="checkbox"/> Stridor		<input type="checkbox"/> Information om infektionstegn givet	
<input type="checkbox"/> Påskyndet <input type="checkbox"/> Forlænget ekspir.		Specielt for sammedags-/korttidsskirurgi	
<input type="checkbox"/> Overfladisk <input type="checkbox"/> Sekretraslen		<input type="checkbox"/> Recept udleveret	
Ilt/fugter		<input type="checkbox"/> Tbl. _____ medgivet stk.	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Fugter		<input type="checkbox"/> Tbl. _____ medgivet stk.	
<input type="checkbox"/> Ilttilskud: L/min. <input type="checkbox"/> Atm.tilskud L/min.		<input type="checkbox"/> Instrueret af fysioterapeut	
Opererede UE/OE		<input type="checkbox"/> Udleveret hjælpemidler / <input type="checkbox"/> Udleveret forb.	
Sensibilitet distalt: <input type="checkbox"/> Intet abnormt <input type="checkbox"/> Nedsat		<input type="checkbox"/> Udskrevet / <input type="checkbox"/> flyttet til M1 kl.:	
Bevægelighed: <input type="checkbox"/> Intet abnormt <input type="checkbox"/> Nedsat		<input type="checkbox"/> Udskrevet fra M1 kl.: _____	
Kapillarrespons: <input type="checkbox"/> Intet abnormt <input type="checkbox"/> Nedsat			
Dato/Kl.	Patienttilstand	Sygeplejehandlinger	Sign