|  |
| --- |
|  |

**Dato: Pasientetikett**

**Sjekkliste før PTA/angio**

Allergier. evt hva? Nei

Hårfjerning i begge lysker utført? Ja

GFR: \_\_\_\_\_ Oppvæsking utført? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Blodfortynnende medisiner: Preparat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Kan ta Plavix/Albyl-E) Nei
Evt nullet fra dato: \_\_\_\_\_\_\_

Hvis marevan: INR: \_\_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_\_ Kl:\_\_\_\_\_\_

**Medisinliste sendes med ned (Utskrift av telefonscreening v/dagpasienter)

Premedikasjon: Alle pasienter skal ha Albyl-E 150mg til sammen før intervensjon, dette i tillegg til eventuelt Plavix.**

Preparat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kl: \_\_\_\_\_\_\_
Preparat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kl: \_\_\_\_\_\_\_Spl. sign: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tlf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Blodtrykk** før angio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Puls** før angio: \_\_\_\_\_\_ Kl: \_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Spesielle utfordringer** (kognitiv funksjon, syn/hørsel, leiringsutfordringer, smerter etc.)**Evt. annet:**  |

**Postoperative observasjoner etter PTA/angio**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kl:** | **Blodtrykk** | **Puls** |  **Blødning innstikksted?** **Ja Nei** | **Signatur** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Sengeleie overholdt? Ja Nei Avvik: