

Sjekkliste

Sjekkliste innkomst og NEWS første ABCDE-vurdering 1.postoperativet dag.

(strukturert etter ABCDE-prinsippet)

Det som ikke er relevant i forhold til innkkomsten kan skrives i kommentarfeltet.

Mann/Kvinne:

Alder:

A-Airways	JA/NEI	Kommentar
ACVPU	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
B-Breathing	JA/NEI	Kommentar
Inspeksjon		
Respirasjonsfrekvens	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Dybde	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Symmetri	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Ekspektorat?	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Saturasjon	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Respirasjonslyder	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Hjelpemuskler?	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Palpasjon av thorax (Smerter, hevelser, symmetri)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Perkusjon av throax (Sonor, hypersonor, dempet lyd, symmetri)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	

Auskultasjon av thorax (Normale lyder, piping, knatring, gnidning, manglende lyd)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
C-Circualtion	JA/NEI	Kommentar
Inspeksjon		
Hud (kald, klam farge)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Vena jugularis	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Palpasjon		
Puls (fylde/frekvens, carotis/radialis/dorsalis pedis)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Ødemer	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Kapillærfylling	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Auskultasjon		
Auskultasjon av hjerte (Hjertelyd (APTM), bilyder, frekvens/rytme)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
BT/ortostatisk BT	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
MAP (DBTx2+SBT)/3	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Puls deficit	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
D-Disability	JA/NEI	Kommentar
Inspeksjon		
Orienteringsevne (tid, sted, person)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Glasgow Coma Scale	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	

Ansiktssymmetri	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Balanse	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Pupiller (symmetri)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
ABCT	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
GAD-7	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
PHQ-9	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Selvordsscreening	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Kartlegge rusproblemer	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Palpasjon		
Motilitet (over/undereks.)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Sensibilitet	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
E-Exposure Abdomen	JA/NEI	Kommentar
Inspeksjon av abdomen (Hudforandringer, Arr, Symmetri)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Auskultasjon av abdomen (Tarmlyder (hypo, hyper, manglende))	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Palpasjon av abdomen (Smerter/ubehag, Trykkøm, Slippøm, Avverging, Myk/hard)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Perkusjon av abdomen (Dempning, sonor, hypersonor)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	

E-Exposure Øre/nese/hals	JA/NEI	Kommentar
Inspeksjon av øre (trommehinne, ørevoks)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Inspeksjon av nese (Sår, fremmedlegemer)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Inspeksjon av munnhule (tannstatus, slimhinner, sår, lukt, lepper, tunge)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Inspeksjon av svelget (funksjon, smerter, infeksjonstegn, tonsille størrelse)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
E-Exposure Hud	JA/NEI	Kommentar
Inspeksjon av hud (Sår, sekret, utslett, negler, målt temperatur)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Hematom	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Føflekker/pigmenter	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Palpasjon av hud (Turgor, tørr/fuktig, ødemer, palpasjonsøm)	JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	