



Sykehuset Telemark

Pasientidentifikasjon (navnelapp)

F2

Avdeling:

Dato

## Smertepumpeskjema

NB: dette skjema skal **ikke** brukes ved postoperativ epidural/smertebehandling

**Inneliggende pasient:** Kontroll utføres en gang pr. vakt. Ved skifte av kassett / reservoar skal to personer kontrollere pumpeinnstilling og innholdet mot ordinasjonen.

**Ved utskrivning:** Send med kopi av skjema. Husk å avtale med apotek om leveranse av medisiner og utstyr.

**Ved innleggelse / poliklinisk kontroll:** Oppdatert skjema skal følge pas. til innleggelse.

**Pumpetype:**

CADD-Legacy PCA

Annen:.....

**Reservoar:**

100 ml / 550 ml

.....ml

**Adm.vei:**

Epidural nivå:

Spinal nivå:

Subcutan:

Intravenøs:

**Innstilt pumpefunksjon:**

Kontinuerlig

Kontinuerlig + bolus

Bolus

År:.....Dato: / / / / / / / / /

<b>Ordinerende lege (sign)</b>									
<b>Innstilling av pumpen*</b>	Kl.								
Avlest kassettvolum ml									
Kontinuerlig hastighet ml/t									
Bolus mengde ml									
Bolus sperretid timer / minutter									
Bolus pr time									
Bolus akseptert									
Bolus forsøk									
Totalt infundert ml									
Innstikksted kontrollert									
Antall kassetter på lager:									
Anmerkninger (sett nummer og skriv anm. i feltet under)									
Spl. signatur - kontroll utført:									

\*) Standard innstillinger: Enheter: Milliliter, Luft detektor: Av, Gj.strøms sensor:På, Låsenivå LN1 - Disse trenger ikke daglig dokumentasjon.

<b>Medikamentblanding i kassetten:</b>	<b>Medikamentblanding i kassetten:</b>	<b>Medikamentblanding i kassetten:</b>
Ordinert av:.....(sign) Dato: .....	Ordinert av:.....(sign) Dato: .....	Ordinert av:.....(sign) Dato: .....
Seponert av:.....(sign) Dato:.....	Seponert av:.....(sign) Dato:.....	Seponert av:.....(sign) Dato:.....

**Plass for anmerkninger.**

(Alle notater dateres og signeres.)

År:.....Dato:	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Ordinerende lege (sign)</b>								
<b><i>Innstilling av pumpen*</i></b> Kl.								
Avlest kassettvolum ml								
Kontinuerlig hastighet ml/t								
Bolus mengde ml								
Bolus sperretid timer / minutter								
Boluser pr time								
Bolus akseptert								
Bolus forsøk								
Totalt infundert ml								
Innstikksted kontrollert								
Antall kassetter på lager:								
Anmerkninger (sett nummer og skriv anm. i feltet under)								
Spl. signatur - kontroll utført:								

\*) Standard innstillinger: Enheter: Milliliter, Luft detektor: Av, Gj.strøms sensor:På, Låsenivå LN1 - Disse trenger ikke daglig dokumentasjon.

År:.....Dato:	/	/	/	/	/	/	/	/
<b>Ordinerende lege (sign)</b>								
<b><i>Innstilling av pumpen*</i></b> Kl.								
Avlest kassettvolum ml								
Kontinuerlig hastighet ml/t								
Bolus mengde ml								
Bolus sperretid timer / minutter								
Boluser pr time								
Bolus akseptert								
Bolus forsøk								
Totalt infundert ml								
Innstikksted kontrollert								
Antall kassetter på lager:								
Anmerkninger (sett nummer og skriv anm. i feltet under)								
Spl. signatur - kontroll utført:								

\*) Standard innstillinger: Enheter: Milliliter, Luft detektor: Av, Gj.strøms sensor:På, Låsenivå LN1 - Disse trenger ikke daglig dokumentasjon.

**Plass for anmerkninger.**

(Alle notater dateres og signeres.)

