



Bibliotek och utredningsbank
Box 70487, 107 26 Stockholm



Kontr. Bok.nr.
13 D 8923

Ex.
5

SPRI

råd 4.7

juni 1976

GRUNDJOURNAL

BILAGA 4

GENERELL BLANKETTINSTRUKTION

INNEHÅLL

1	ALLMÄNT	30
2	GENERELLA ANVISNINGAR FÖR BLANKETTERS IFYLLANDE	
2.1	Generella data	30
2.2	Remisser	30

1 ALLMÄNT

För att underlätta ifyllandet, reducera åtkomsttiden och öka läsbarheten av blanketter, har målet varit att ge blanketterna ett likartat, standardiserat utseende, så att generella uppgifter har sin bestämda plats, oberoende av typ av blankett. Likaså har enhetliga benämningar och uttryck eftersträvat. För att underlätta sorterings- och sökarbete, har vissa blanketter försetts med färgmarkeringar av olika slag såsom tryckfärger, pappersfärger och kantfärger.

Vid behov kan blanketter framställas i satser med en eller flera kopior. Dessa kan göras med engångskarbon eller limsats med självkarboniserande papper.

Antalet kopior i en sats är bl a beroende på lokala rutiner och påverkar inte blanketternas utseende.

2 GENERELLA ANVISNINGAR FÖR BLANKETTERS IFYLLANDE

Alla blanketter bör om möjligt fyllas i med skrivmaskin. Textens placering anges nedan med beteckningen för begynnelselägen, som är sammansatta av nummer för grundlinje och T-läge (tabulatorläge), alt kolumnlinje. Beträffande uttrycken, se bilaga 6.

2.1 Generella data

Patientdata

I utrymmet för patientdata överst till höger på blanketten, skall patientens personnummer, namn och adress ifyllas. På vissa blanketter räcker det att personnr och namn ifylls. Fylls blanketten i för hand eller med skrivmaskin, skall ledtexterna i rutans vänsterkant följas. Anges patientdata på annat sätt, t ex med hjälp av patientkort eller etiketter, placeras avtrycket resp etiketten likaså i rutan för patientdata.

Blad nr

För blanketter med löpande noteringar, t ex journalblad och laborationslistor, numreras bladen.

Klinik

Vid "klinik" anges den större organisatoriska enhet, normalt klinik vid vilken patienten vårdas, t ex medicin, kirurg eller motsvarande.

Vid behov anges även avd/mott i anslutning till klinik, om inte dessa uppgifter anges på annan plats på blanketten.

Läkare

Vid utskrift av handläggarens namn (läkare eller annan person) i journalens löptext och vid utskrift av

remissvar, anges detta med efternamn, förnamnets initialer samt tjänsteställning (i förekommande fall anges "tf"), t ex öl, böl, ul, psykolog, fysiker m fl. Därefter skrivs utskrivarens initialer föregånget av ett snedstreck.

Datum

Datum skall alltid återges i ordningen år, månad och dag. Mellan de olika elementen skrivs bindestreck.

2.2 Remisser

På *remisser* skall dessutom följande generella data i tillämpliga delar ifyllas:

Blad nr

I de fall svaret blir så långt att det inte ryms på en sida, tas en ny remiss. Patientdata och remitterande instans fylls i, utrymmet för anamnes och status korsas, och resterande svarstext skrivs ut. Handläggare och undersökningsdatum (se nedan) skall upprepas.

På första remissen skrivs i utrymmet för "Blad nr" 1 (2), (sid 1 av 2) och på den nya remissen skrivs i samma ruta 2, (sid 2).

Rem instans

På samtliga remisser skall remitterande instans och ansvarig, remitterande person, anges. Med remitterande instans avses inrättning, klinik, avdelning/mottagning eller annan organisatorisk enhet (tjänsteställe). Remitterande persons namn skall anges i klartext.

Vid behov skall postadress anges till remitterande instans respektive person, t ex när svaret skall distribueras med post.

Rum

Med rum avses uppgift om patientens rum och sängplats på vårdavdelning. Uppgiften fylls i t ex då konsultationen eller provtagningen skall utföras på vårdavdelningen.

Rem datum

Remissdatum skall anges.

Önskad undersökning

Beroende på typ av remiss, anges önskad undersökning antingen verbalt eller genom markering i kryssruta.

Remiss till

I adressfältet anges den inrättning, klinik och/eller medicinska serviceavdelning vid vilken konsultationen skall utföras.

Vid behov skall postadress anges. Standardiserade fönsterkuvert med vänsterställt fönster (betecknas v2) kan användas vid distributionen.

Prel svar till; akutsvar till

I detta utrymme skall anges instans, namn eller tel nr dit preliminär- resp akutsvar skall lämnas.

Föregående undersökning

Denna rubrik skall alltid ifyllas med uppgift om var, när och vad slags undersökning som utförts.

Uppgifterna avser senaste undersökningstillfälle.

Alternativt anges:

O = patienten har ej undersökts tidigare
? = uppgift saknas/är osäker

Förflyttas i; Undersöks på avd/säng m m

Rubrikerna ifylls vid behov.

Diagnos, fråga

Känd eller preliminär diagnos, samt en klar frågeställning skall anges.

Anamnes, status

Korta, och för frågeställningen relevanta data beträffande anamnes, status och pågående behandling skall lämnas.

Handläggare

Med handläggare avses den person som är ansvarig för det lämnade svaret. Uppgifter beträffande handläggaren skall anges i ordningsföljden efternamn, förnamnets initialer samt tjänsteställning (i förekommande fall anges "tf") öl, böl, ul, psykolog, fysiker m fl. Om t ex undersökning och bedömning utförts av olika personer, kan vid behov båda personernas tjänsteställning och namn anges. Dock skall handläggarens namn och tjänsteställning anges först.

När det utskrivna svaret genomlästs av handläggaren, styrker denna lämpligen svarets riktighet och låser texten med sin underskrift (signatur).

Undersökningsdatum

Undersökningsdatum skall alltid anges. Observera att detta datum kan skilja sig från det datum då diktering och utskrift av svaret görs.

Svar

Beroende på typ av remiss, kan svaret lämnas antingen på ett mycket strukturerat sätt, t ex i form av kryssmarkeringar eller numeriska värden eller som ett verbalt skrivet svar. Svaret kan också lämnas som kombination av dess förfaranden.

Konsultavdelningens noteringar

I de fall man vid konsultavdelningen önskar göra interna noteringar utöver svaret, t ex i samband med planering av besöket eller vid undersökningen, skall dessa göras i detta utrymme.

Dokumentnamn	<p>1 BLANKETTBEKRIVNING</p> <p>Journalöversikt.</p>
Spec anm/överkänslighet	<p>1.1 Beskrivning</p> <p>Journalöversikten skall vara en samlad översikt över patientens vårdperioder i slutet och öppen vård, åsatta diagnoser, utförda operationer samt i vissa fall given terapi.</p> <p>1.2 Ifyllande</p> <p>Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.</p> <p>Under "spec anm" kan anges t ex överkänslighet mot medikamenter och andra ämnen.</p>
Datum; inskriven, utskrivnen	Datum för inskrivning resp utskrivning anges.
Klinik, avd/mott	Under "klinik, avd/mott" skall anges klinik, avdelning eller motsvarande enhet (tjänsteställe) där patienten vårdats, t ex Kir klin, avd 7.
Diagnos, operation klassifikationskoder	<p>Diagnos anges verbalt och med diagnoskod enligt "Klassifikation av sjukdomar, Socialstyrelsen Stockholm 1969".</p> <p>Anges flera diagnoser skall varje diagnos anges på separat rad. Den diagnos för vilken patienten huvudsakligen vårdats anges då först.</p> <p>Operationer anges på motsvarande sätt. Operation anges på raden under respektive diagnos.</p> <p>Har patient avlidit skall under utskrivningsdatum (dödsdatum) ordet "Död" noteras. Den diagnos som anger dödsorsak skall understrykas. En markering att patienten avlidit skall likaså göras på journalomslaget.</p>

	1 BLANKETTBESKRIVNING
Dokumentnamn	Sammanfattning/epikris.
	1.1 Beskrivning
	Sammanfattning/epikris skall tjäna som en sammanfattning av väsentlig information beträffande vårdtillfället. Epikrisen består av ett blankettset om två eller flera exemplar. Originalen förvaras i journalen. Kopiaerna används för avisering till inremitterande och/eller andra behöriga instanser.
	1.2 Ifyllande
	Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.
Ansvarig läkare	Ansvarig läkare, vanligen öl/böl, skall styrka utskriftens riktighet med sin namnteckning (signatur). Obs att namnförtydligande skall anges.
Utskrdatum,	Patientens utskrivningsdatum.
linik, avd/mott,	Här anges inom vilken klinik som patienten vårdats t ex med klin, avd 24a.
avdläkare	Ansvarig avd-läkare anges. Om annan befattningshavare än ansvarig avd-läkare dikterar anges denna befattningshavares namn samt befattning under ansvarig avd-läkare samt föregånget av ett snedstreck. Ex Nilsson, N, ul/Svensson, O, AT (ass)
	Ansvarig avd-läkare skall styrka utskriftens riktighet och läsa texten med sin signatur.
	Dikterande läkare, avd-läkare, bör likaså styrka utskriftens riktighet och läsa texten med sin signatur.
Sökord, text	Sökord skrivs i T0 och löptext i T2. Epikrisen börjar med sökorden "diagnos, (op), och vårdtid". Beträffande övriga sökord se bilaga 3.

Sammanfattning/epikris

Person nr

Namn

Ansvarig läkare (klartext, namnteckning eller signatur)

Mottagare (institution, handläggare, adress)

Sammanfattande text

Utskrdatum (å, m, d), klinik, avd/mott, avdläkare

Sökord

text

	<p>1 BLANKETTBESKRIVNING</p> <p>Journalblad</p> <p>1.1 Beskrivning</p> <p>På journalbladet skall journalnoteringar föras i kronologisk ordning i såväl sluten som öppen vård.</p> <p>1.2 Ifyllande</p> <p>Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.</p>
Dokumentnamn	
Datum (å, m, d),	Datum för händelsen och dikterare skall alltid anges vid varje utskrivningstillfälle av journalinformation.
klinik, avd/mott,	Här anges inom vilken klinik, som patienten vårdats t ex ögon klin, mott.
	Av denna notering framgår normalt om journalen förts i sluten eller öppen vård. Råder dock trots detta tveksamhet om vårdform, skrivs "sv" (sluten vård) respektive "öv" (öppen vård) före administrativ enhet. Under förutsättning att denna är densamma, behöver uppgiften bara utskrivas en gång per dokumentsida.
läkare	Dikterande läkare anges. Om annan än ordinarie befattningshavare dikterar, anges denna befattningshavares namn samt befattning under ansvarig läkare samt föregånget av ett snedstreck. Ex Andersson, A, böl/Karlsson, B, AT (ass)
Sökord, text	Sökord skrivs i T0 och löptext i T2. Beträffande sökord se bilaga 3.

Journalblad

Person nr

Namn

Journaltext

Datum (å, m, d), klinik, avd/mott, läkare

Sökord

text

1 BLANKETTBESKRIVNING

Dokumentnamn

Rapport, patient

1.1 Beskrivning

Blanketten används i samband med rapportering av givna, tillfälliga läkemedel eller när behandling enligt s k generell ordination givits samt vid rapportering av slutenvårdspatienters tillstånd och reaktioner m m.

Blanketten är avsedd att ifyllas för hand.

Det är ett krav att dokumentera uppgifter beträffande patienters tillstånd, reaktioner på olika behandlingar m m under en slutenvårdsperiod, icke minst därför att vårdpersonal arbetar i skift.

Blanketten skall förvaras i patientens journal.

Denna blankett kan ingå som en del i ett större patientrapportsystem, eller användas separat.

1.2 Ifyllande

Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.

Diagnos

Fastställd eller preliminär diagnos kan anges.

Anm

För vården relevant information noteras.

Överkänslighet

Om patienten är överkänslig för något läkemedel eller annat ämne noteras detta.

Samma uppgifter skall även ifyllas på "Journalöversikt" samt "Lista, temperatur, behandling".

Datum

I datumkolumnen anges månad och dag när notering görs. År anges endast i början av varje vårdperiod.

Klockan

Klockslag anges när någon relevant observation gjorts, när ordinerat tillfälligt läkemedel givits och när tillfällig behandling enligt generell ordination givits. Klockslagsangivelser görs 00.00 – 23.59.

Rapport

Gjord observation noteras kortfattad i telegramstil. Tillfälligt given behandling registreras med angivande av klockslag, givet preparat, styrka, dos och administrationssätt (d v s im = intramuskulärt, iv = intravenöst, sc = subkutan och ic = intrakutan).

Sign

Den som ansvarar för noterad rapport skall signera rapporten. Signaturen skall vara tydlig och läsbar, för att möjliggöra eventuella kontakter i efterhand.

1 BLANKETTBESKRIVNING

Dokumentnamn

Anmälan, operation

Testad

Blanketten testad vid Kristianstad lasarett.

1.1 Beskrivning

Operationsanmälan används som underlag för följande funktioner

- anmälan om önskad operation
- upplysning angående önskad operation
- planeringsunderlag för operations- och anesthesiavdelning
- sammanfattning av viktigare medicinska fakta om patienten.

Blanketten består av ett blankettset om två exemplar, original och kopia.

1.2 Rutinbeskrivning

Blanketten används vid fall inom sluten resp öppen vård som erfordrar operationsavdelningens eller anesthesiavdelningens resurser.

Blanketten uppläggs av läkare/sjuksköterska/sekreterare vid vårdavdelning, mottagning eller motsvarande.

Anmälan skall signeras av ansvarig avdelningsläkare.

Anestesiologen premedicerar efter uppgifterna på blanketterna "Anmälan, operation" och "Journal, anestesi".

När anmälan signerats av avdelningsläkare avrivs ex 2 (kopian) och skickas till operationsavdelningen. Kopian skall vara operationsavdelningen tillhanda dagen före planerad operation.

Originalen behålls på avd/mott och medföljer patienten (och journal, anestesi) till operationsavdelningen.

Efter avslutad operation återsänds originalen till vårdavd/mott och läggs i patientens journal. Blanketten kan, om behov föreligger, användas som meddelandeblankett från operationsavdelning till avd/mott.

Ex 2, kopian skickas efter operation till anesthesiavdelningen.

1.3 Ifyllande

Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.

Operation

I anmälan skall anges om patienten behandlas i sluten eller öppen vård.

Datum

Datum för anmälan till op anges.

Preoperativ diagnos

Anges i klartext.

Planerad op, beteckning

Med "planerad operation, beteckning" avses slag av operation.

Planerad op, – datum

Datum anges.

Uppskjuts en planerad operation, överstryks planerat operationsdatum och nytt datum ifylls.

Planerad op – ordnr

Med "planerad op, ordningsnummer" avses i vilken ordning operatören vill operera under planerat operationsdatum.

Septisk op	Markeras med ett kryss i ja eller nej-rutan beroende på om operationen skall vara septisk eller ej.
Planerad operatör	Anges med namn.
Planerad operatörass	Anges med namn.
Anmälan utfärdad av	Den som utfärdat anmälan skall signera densamma.
Godkänd av op avd	När operationsprogrammet är fastställt signerar operationsavdelningen anmälan för att anesthesiavdelningen med säkerhet skall veta att operationen skall genomföras som planerat.
Op läge, spec utrustn m m	Finns behov av speciell utrustning eller arrangemang, skall detta anges.
Snitt	Anges i de fall detta kan påverka operationsarrangemang och/eller anestesi.
Röntgenbilder skall beställas	Skall röntgenbilder beställas anges år och organ samt ev andra önskemål.
Övriga upplysn	Speciella önskemål eller komplettering av upplysningar enligt ovan.
Anestesiavd:s anteckningar	Meddelandeutrymme för anesthesiplanerare och ansvarig anesthesiolog.
Blodtryck	Senast taget blodtryck.
Pulsfrekvens	Senast tagen puls anges med antal slag/min.
Hb, g/100 ml	Senast taget Hb anges i gram/100 ml.
Tidigare narkos och op	Har patienten tidigare opererats skall datum anges med orsak, datum och klinik.
Ansvarig läkare, sign	När erforderliga uppgifter i narkosanamnesen är ifyllda skall anamnesen signeras av ansvarig avdelningsläkare.
Patienten utan anmärkning	Är patienten utan, för operation, relevanta anmärkningar, förkryssas rutan "patienten utan anmärkning".
Anamnesanmärkning	Förekommer någon anmärkning i patientens anamnes skall orsaken anges med angivande av datum och ev med ytterligare kommentarer i noteringsfältet.
Statusanmärkning	Finns några för operationen relevanta anmärkningar att göra i patientens status förkryssas "statusanmärkning" och ifrågavarande anmärkning (t ex EKG). Har prov tagits skall värdet anges.
Medicineringsanmärkning	Har patienten erhållit medicin som bör uppmärksammas i samband med operation, skall detta anges med kryss i "medicineringsanmärkning" datum för medicinering skall anges.
Övriga upplysningar	Övriga upplysningar om patientens anamnes eller kompletteringar av givna upplysningar skall lämnas i noteringsrutan.

1 BLANKETTBESKRIVNING

Dokumentnamn

Journal, anestesi.

Testad

Blanketten är testad vid Kristianstads och Karlskoga lasarett.

1.1 Beskrivning

”Journal, anestesi” har liksom ”anmälan, operation” till uppgift att vara underlag för ett flertal funktioner såsom

- underlag för anesthesiologens premedicinering
- journal under operation
- registreringsunderlag för operation
- registreringsunderlag för anestesi

Blanketten består av ett blankettset om original och en eller fler kopior.

1.2 Rutinbeskrivning

Anestesijournalen används

- då operationskod skall anges i slutet resp öppen vård
- vid anestasier där anestesipersonal medverkar (även utan operation, t ex på röntgen)
- i övriga fall där anestesikod eller operationskod anges i journalen.

”Journal, anestesi” uppläggs på vårdavdelningen, mottagningen eller motsvarande senast dagen före önskat operationsdatum. Endast patientdata och klinikdata skall ifyllas.

Anesthesiologen anger erforderliga premediceringsuppgifter.

På operationsdagen skall sjuksköterskan medicinera patienten enligt anesthesiologens ordinationer och signera att medicinering utförts. Ges ordinationen per telefon skall vid ordinationen anges ordinerande anesthesiologs namn (förkortat) samt sjuksköterskans signatur.

Efter kallelse från operationsavdelningen skickas patient och anesthesijournal till operationsavdelningen eller motsvarande.

Under operation fungerar blanketten som journal, d v s samtliga aktiviteter och förändringar av patientens tillstånd noteras.

Journalen förs under operation av anesthesi- och/eller operationssköterska.

När operationen är avslutad infor drar sjuksköterskan operationskod (-er) av ansvarig operatör.

En operationsklassifikation bör finnas tillgänglig i varje operationsrum.

Sjuksköterskan ifyller erforderliga registreringsuppgifter. När samtliga erforderliga uppgifter är ifyllda undertecknas journalen av ansvarig anesthesiolog.

Originalen sänds till patientens vårdavdelning eller mottagning för att förvaras i journalen medan ex 2 lämnas till anesthesiavdelningen som statistikunderlag.

1.3 Ifyllande

Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.

Blad nr	Varar operationen mer än 2 timmar och 45 min, uppläggs en ny blankett. Patient- och klinikdata ifylls. Journalbladen numreras härvid löpande.
Op utförd i	I journalen anges om patienten behandlas i öppen eller sluten vård.
Vårdklinik	Här anges den klinik där patienten är inskriven eller den mottagning patienten besökt. <i>Premedicineringsuppgifter</i>
Operationsrisk	Operationsrisk skall anges enligt internationella normer där 1–4 tillämpas vid planerad operation medan 5–7 avser akut operation.
Ålder	Patientens ålder anges i antal år.
Längd, cm	Patientens längd anges i cm.
Vikt, kg	Patientens vikt anges i kg.
Premed	I anesthesiologens premediceringsordination anges preparat, styrka, dos och administrationsätt (d v s im = intramuskulärt, iv = intravenöst, sc = subcutant). Anestesiologen <i>skall</i> signera <i>varje</i> given ordination.
– given kl, sign	När premedicinering givits skall klockslag och signering noteras av den som utfört ordinationen.
Premedicineringsant	Premedicineringsanteckningar för komplettering av tidigare uppgifter, påpekanden e d. <i>Operationsuppgifter</i> Operationsuppgifter ifylls som tidigare.
Utgångsläge	Utgångsläge skall noteras: rygg, buk, gyn, sida eller ev annat läge. <i>Registreringsuppgifter, operation</i>
Diagnos	Den preliminära diagnosen anges i klartext.
Operation	Utförd operation anges i klartext.
Op sal nr	I de fall komplikationer tillstöter efter en operation (t ex infektioner) vill man veta i vilken operationssal operationen utfördes.
Op klinik nr	Opererande klinik kan i vissa fall skilja sig från vårdklinik ovan. Op klinik nr ska alltid anges.
Op datum	Operationsdatum anges.
Op kl	Klockslag för operationens början och slut anges i ordningen timme och minut (ex från kl 12.00 till 13.15).
Op kod, nr	Operationskod anges enligt klassifikation. Max tre operationskoder kan anges – förekommer fler uppläggs ny blankett.
Blodförlust	Blodförlust anges i ml.

Operatör, kategori	Operatör anges enligt kodförteckningen i blankettens nedre vänstra marg – Öl/böl. Överläkare/biträdande överläkare = 1. – Al. Avdelningsläkare = 2. – Övr läk. Övriga läkare = 3.
Ansvarig operatör, op sköterska	Efter operation skall journalen undertecknas av ansvarig operatör och ansvarig operationssköterska. <i>Registreringsuppgifter, anesthesi</i>
Anestesi, kl	Klockslag för anestesins början och slut anges i ordningen timme och minut (ex från kl 1200 till kl 1258).
Anestesimedel	Anestesimedel anges i klartext.
Anestesikod	Anestesikod anges enligt klassifikation (finns på blankettsetets baksida).
Anestesimetod	Anestesimetod förkryssas och tub respektive apparatur anges.
Anestesiolog, kategori	Anestesiolog anges enligt kodförteckning i blankettens nedre vänstra marg – Öl/böl. Överläkare/biträdande överläkare = 1. – Al. Avdelningsläkare = 2. – Övr läk. Övriga läkare = 3. – Ansjsk. Anestesisköterska = 4. Anges när anestesisköterskan ensam ger anesthesi.
Ansvarig anesthesiolog	Efter operation och när samtliga uppgifter är registrerade ska journalen undertecknas av ansvarig anesthesiolog och anestesisköterska.

000=Ingen anestesi vid operativt ingrepp (diagnostikstatistiken). Serien 001—099

I. Narkos på öppen mask, vissa analgesiformer, rektalnarkos, i.v. narkos, elektronarkos.

- 001 eter
- 002 vinydan-eter
- 003 kloretyl-eter
- 004 annat inhalerat induktionsmedel + eter
- 006 i.v. barbiturat + eter
- 006 rektal basnarkos + eter
- 007 halothan
- 008 metoxyfluran (Penthane®)
- 009 kloroform
- 010 annat inhalationsnarkosmedel på öppen mask
- 011 kortvarig fullnarkos: vinydan
- 012 " " : ethydan
- 013 " " : kloretyl
- 014 " " : kloroform
- 015 " " : annat inhalationsnarkosmedel
- 016 i.v. barbituratinarkos (ej tillsammans med annan narkosform)
- 017 annat i.v. narkosmedel: t.ex. hydroxidion, hemineurin (ej tillsammans med annan narkosform)
- 018 analgesi med t.ex. petidin, xylocain el. dyl. i.v.
- 019 neurolept analgesi utan andningshjälp eller annan narkosform samtidigt, t.ex. sernyl
- 020 neurolept analgesi i kombination med annan narkosform, t.ex. med intubation, manuellt el. mekaniskt kontrollerad respiration, med eller utan tillförsel av N₂O, med eller utan muskelrelaxans
- 021 rektalnarkos med barbiturat (ej tillsammans med annan narkosform)
- 022 " " annat narkosmedel, t.ex. kloral (ej tillsammans med annan narkosform)
- 023 apnoisk oxygenering: O₂-ändring + barbiturat i.v. + kortverkande muskelrelaxans, t.ex. vid bronskopi
- 024 elektronarkos

II. Lokalanestesi. Ej terapeutisk eller diagnostisk blockad.

- 030 slemhinneanestesi
- 031 transtracheal anestesi, ev. i kombination med annan slemhinneanestesi
- 036 infiltrationsanestesi inguinalt (t. ex. bräck, hydrocele)
- 037 " " cervikalt (t. ex. struma)
- 038 " " i tonsilloge
- 039 " " vaginalt, paracervikalt, perianalt
- 040 annan infiltrationsanestesi
- 046 spinalanestesi
- 047 epiduralanestesi
- 048 " " via kvarliggande kateter
- 049 sacralanestesi
- 050 " " " " " "
- 051 blockad av trigeminus eller någon av dess grenar
- 052 paravertebral anestesi
- 053 intercostalblockad
- 054 splanchnicusblockad (plex. coel. blockad, Kappis) obs ej terapeutisk
- 055 " " via kvarliggande kateter
- 056 " " + annan blockad eller infiltrationsanestesi (t. ex. intercostalblockad)
- 057 " " via kvarliggande kateter + annan blockad
- 060 supraklavikulär plexusanestesi
- 061 axillär ledningsanestesi
- 062 annan ledningsanestesi övre extremiteten, inkl. fingrar
- 065 ischiadicusblockad, bakre
- 066 " " , främre
- 067 femoralisblockad
- 068 pudendalisblockad
- 069 obturatoriusblockad
- 070 kombination av några av numren 065—069
- 071 annan ledningsanestesi nedre extremiteten, inkl. tår
- 075 intravenös lokalanestesi enl. Bier
- 076 intraoculär " "
- 077 smärtblockad med lokal kylning

Decimaler: xxx, 0 = i.a. utan samtidig narkos
 xxx, 1 = i.a. med narkos p. g. a. otillräcklig anestesi
 xxx, 2 = i.a. med narkos p. g. a. annan anledning
 xxx, 9 = allvarigare komplikation i samband med i.a.

Serien 100—799	Total återandningssystem med CO ₂ -abs.				Partiellt återandningssystem med CO ₂ -abs.				Icke återandningssystem				Partiellt återandningssystem utan CO ₂ -abs.			
	spontan resp.		kontr. resp.		spontan resp.		kontr. resp.		spontan resp.		kontr. resp.		spontan resp.			
	mask.	intub.	mask.	intub.	mask.	intub.	mask.	intub.	mask.	intub.	mask.	intub.	mask.	intub.		
Kväveoxidul (N₂O)																
syrgas + lustgas (O ₂ + N ₂ O)					300	350	400	450	500	550	600	650	700	750	Decimaler:	
barbiturat i.v. el. rektalt + O ₂ + N ₂ O					301	351	401	451	501	551	601		701	751		A. Inom serierna
annat induktions- el. basnarkosmedel (inhalerat, i.v. el. rektalt) + O ₂ + N ₂ O					302	352	402	452	502	552	602	652	702	752		100-, 300-, 500- 700-.
Eter																
O ₂ + eter	103	153	203	253	303	353	403	453	503	553	603	653	703	753	xxx, 0 = intubation utn muskelrelaxans	
O ₂ + N ₂ O + eter					304	354	404	454	504	554	604	654	704	754		
barbiturat + O ₂ + halothan	105	155	205	255	305	355	405	455	505	555	605	655	705	755		xxx, 1 = intubation med muskelrelaxans
" " + O ₂ + N ₂ O + halothan					306	356	406	456	506	556	606	656	706	756		
annat " " + O ₂ + halothan	107	157	207	257	307	357	407	457	507	557	607	657	707	757		
" " + O ₂ + N ₂ O + halothan					308	358	408	458	508	558	608	658	708	758		
Halothan																
O ₂ + halothan	109	159	209	259	309	359	409	459	509	559	609	659	709	759	xxx, 0 = utan muskelrelaxans manuellt kontr. resp	
O ₂ + N ₂ O + halothan					310	360	410	460	510	560	610	660	710	760		
barbiturat + O ₂ + halothan	111	161	211	261	311	361	411	461	511	561	611	661	711	761		xxx, 1 = utan relax mekaniskt kontr.
" " + O ₂ + N ₂ O + halothan					312	362	412	462	512	562	612	662	712	762		
annat " " + O ₂ + halothan	113	163	213	263	313	363	413	463	513	563	613	663	713	763		
" " + O ₂ + N ₂ O + halothan					314	364	414	464	514	564	614	664	714	764		
Halothan-eter (azeotropisk) (HE)																
O ₂ + HE	115	165	215	265	315	365	415	465	515	565	615	665	715	765	xxx, 3 = m. relax. v. intub. man. kontr.	
O ₂ + N ₂ O + HE					316	366	416	466	516	566	616	666	716	766		
barbiturat + O ₂ + HE	117	167	217	267	317	367	417	467	517	567	617	667	717	767		xxx, 4 = depol. relax. interm. el. dropp man. kontr.
" " + O ₂ + N ₂ O + HE					318	368	418	468	518	568	618	668	718	768		
annat " " + O ₂ + HE	119	169	219	269	319	369	419	469	519	569	619	669	719	769		
" " + O ₂ + N ₂ O + HE					320	370	420	470	520	570	620	670	720	770		
Metoxyfluran (Penthane®) (Mofl)																
O ₂ + Mofl	121	171	221	271	321	371	421	471	521	571	621	671	721	771	xxx, 5 = depol. interm. el. dropp mekan. kontr.	
O ₂ + N ₂ O + Mofl					322	372	422	472	522	572	622	672	722	772		
barbiturat + O ₂ + Mofl	123	173	223	273	323	373	423	473	523	573	623	673	723	773		
" " + O ₂ + N ₂ O + Mofl					324	374	424	474	524	574	624	674	724	774	xxx, 6 = depol. + curare man. kontr.	
annat " " + O ₂ + Mofl	125	175	225	275	325	375	425	475	525	575	625	675	725	775		
" " + O ₂ + N ₂ O + Mofl					326	376	426	476	526	576	626	676	726	776		
Nr x27—x36 reserverade för ev. framtida x77—x86 vanliga inhalationsanestetika																
Cyklopropan																
O ₂ + cyklopropan	137	187	237	287	337	387	437	487							xxx, 7 = depol. + curare mek. kontr.	
barbiturat + O ₂ + cyklopropan	138	188	238	288	338	388	438	488								
O ₂ + N ₂ O + cyklopropan					339	389	439	489								
barbiturat + O ₂ + N ₂ O + cyklopropan					340	390	440	490								
Triklortylen																
O ₂ + N ₂ O + triklortylen															xxx, 8 = enbart curare man. kontr.	
barbiturat + O ₂ + N ₂ O + triklortylen									541	591	641	691	741	791		
annat " " + O ₂ + N ₂ O + triklortylen									542	592	642	692	742	792		
									543	593	643	693	743	793		
Annat icke nämnt Inhalationsnarkosmedel (AI)																
O ₂ + AI	144	194	244	294	344	394	444	494	544	594	644	694	744	794	xxx, 9 = enbart curare mek. kontr.	
O ₂ + N ₂ O + AI					345	395	445	495	545	595	645	695	745	795		
barbiturat + O ₂ + AI	146	196	246	296	346	396	446	496	546	596	646	696	746	796		
" " + O ₂ + N ₂ O + AI					347	397	447	497	547	597	647	697	747	797		
annat " " + O ₂ + AI	148	198	248	298	348	398	448	498	548	598	648	698	748	798		
" " + O ₂ + N ₂ O + AI					349	399	449	499	549	599	649	699	749	799		

1 BLANKETTBESKRIVNING

Dokumentnamn	Laborationslista 1, 2 och 3.
Testad	Laborationslistorna är testade vid Sundsvalls sjukhus, psykiatriska klinikerna, Halmstads lasarett samt Varbergs lasarett. På de i rapporten presenterade laborationslistorna är analysbeteckningar och enheter lokalanpassade för Varbergs lasarett.
Nya enheter	En radikal omläggning beträffande kvantiteter och enheter är planerad i svensk sjukvård från 1974. Ett flertal analysbeteckningar och enheter i de här presenterade laborationslistorna kommer därvid att få ändras.
Allmänt	<p>1.1 Beskrivning</p> <p>Laborationslistorna omfattar 3 olika blanketter, numrerade 1, 2 och 3. De vanligast förekommande analyserna är förtryckta på listorna 1 och 2. Lista 3 är utan förtryck och avsedd för andra mindre frekventa analyser samt för användning då de övriga listorna av utrymmesskäl ej kan begagnas.</p> <p>Listorna kan användas såväl i öppen som sluten vård. Lista 1 har en sådan utformning att den, vid sidan av användningen i sluten vård, ensam skall kunna täcka huvuddelen av den öppna vårdens behov.</p>
Analysnamn	<p>I analysnamnet ingår beteckning för system och komponent/analys ibland åtföljd av gängse förkortning eller annan kompletterande text. Den nomenklatur som använts, är den för närvarande allmänt brukade.</p> <p>Den bokstav som står främst i analysbeteckningen avser det material, <i>system</i>, på vilket analysen eller undersökningen utförs. Analysnamnet anger vidare den <i>komponent</i> (kemisk eller fysikalisk), som bestäms eller påvisas, t ex glukos eller trombocyter. Analysnamnet kan också innehålla beteckning för undersökning, som ej enkelt kan anges med komponentnamn, t ex hematokrit, diff, tymolreaktion.</p> <p>En förklaring till i analysbeteckningarna använda förkortningar finns tryckt på listornas baksidor.</p>
Enheter	<p>Vid tiden för listornas konstruktion har gängse enheter och symboler använts och förtryckts på listorna 1 och 2. Ändring enligt kommande principer liksom anpassning till lokal praxis kan lätt göras.</p> <p>För kvalitativa undersökningar markeras positivt respektive negativt utfall eller fynd med + resp -. Sådan markering och enhetsbeteckning för kvantitativ bestämning kan förekomma på samma rad.</p>
Kvantitetstyp	Kvantitetstypen, som anger den undersökta egenskapens art (substansmängd, substanskoncentration, masskoncentration, partikelfraktion etc), har av praktiska orsaker —avsaknad av allmänt accepterad nomenklatur och utrymmesskäl — ej medtagits i listorna. Kvantitetstypen framgår i allmänhet av analysbeteckning och enhet, men kan i vissa fall behöva förtydligas genom anvisning från laboratoriet.
Referensvärden	I listorna har av skilda orsaker referensvärden ej medtagits. Behovet av snabb tillgång till referensvärden är dock uppenbart. Separata referensvärdeslistor bör därför finnas tillgängliga. Referensvärden eller angivande av avvikelser från dylika kan också med fördel ingå i laboratorieresvaret.

Tomma rader

På ett begränsat antal rader på lista 1 och 2 har förtryck ej gjorts. Dessa rader är avsedda som reservutrymme. Vid utnyttjande härav bör enhetlighet — åtminstone inom en sjukvårdsinrättning — eftersträvas. Om möjligt skall hänsyn tas till den uppdelning av analyserna som gjorts, huvudsakligen efter organfunktion. Avsteg från denna princip kan dock vara motiverad, t ex om i öppen vård enbart lista 1 härigenom blir tillräcklig för presentation av laboratedata. I sådana fall kan även överflyttning av på lista 2 förtryckt analys vara tänkbar.

1.2 Lokal anpassning

På grund av lokalt varierande och relativt ofta ändrad praxis i fråga om analysuppsättning, metoder, svarsrutin och — åtminstone tillsvidare — analys- och enhetsbeteckningar kan viss lokal anpassning av laborationslistorna i form av ändringar och tillägg bli nödvändig. Sådana ändringar utförs efter anvisning från analyslaboratoriet. Det bör därvid med hänsyn till eftersträvad enhetlighet tillses att laborationslistornas allmänna utformning och analysgruppering bibehålles.

1.3 Rutinbeskrivning

Lista 1 läggs upp i samband med patientens ankomst till mottagning/avdelning. Vid behov tas därefter listorna 2 resp 3 i bruk. En påbörjad lista används vid mer än en vårdperiod, även om lång tid förflutit sedan föregående vårdtillfälle.

1.4 Ifyllande**Allmänt**

Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.

Datum

Överst i datumkolumnerna noteras *provtagningsdatum*. Årtal behöver endast anges vid första datum i varje vårdperiod. Återkommer en patient för ny vårdperiod kan vårdperioderna i listorna åtskiljas genom att kolumnlinjen till vänster om första datum för den nya vårdperioden kraftigt markeras på lämpligt sätt, t ex med rödpenna.

Kl

Klockslag för provtagning anges vid behov, vilket i så fall bör framgå av laboratorieremissen. Klockslag anges 00.00 — 23.59.

Radnummer

Radnummer används, tillsammans med motsvarande numrering på laboratoriesvaret, för att underlätta införandet av analysresultat i laborationslistorna.

Enhet med exponent

För att underlätta läsandet och förandet av laborationslistorna kan för vissa enheter ett förenklat skrivsätt med exponent ingående i enhetsbeteckningen användas.

Exempel: B-Erythrocyter (partikelkoncentration): Resultatet 4 500 000/ml skrivs med exponent 4.5×10^6 /ml och införs i datumkolumnen som 4.5.

Tomma rader

Vid användandet av listavsnitt utan förtryck (tomma rader på lista 1 och 2 samt hela lista 3) skrivs i text- resp enhetskolumnen analysnamn och enhet som de anges i laboratoriets svar. Beträffande utnyttjande av tomma rader i övrigt se 1.1.

Införande av svar

Före införandet av svar kontrolleras överensstämmelsen mellan svarets och listornas patientidentitet. Provtagningsdatum noteras överst i resp datumkolumn. Det i svaret angivna resultatet införs tydligt och med korrekt återgivande även av ev decimalmarkering, i datumkolumnen på den för analysen avsedda raden.

För på lista 1 och 2 ej förekommande undersökningar utnyttjas i första hand lista 3. Insättning i journalen av originalsvar respektive förande på

speciallistor blir likväl ofta nödvändigt. En fast praxis härvidlag bör tillämpas.

Då svar på viss i listorna förekommande analys, t ex av utrymmesskäl, föreligger på annan plats i journalen, bör detta markeras på listan med kryss i respektive datumkolumn på raden för analysen i fråga.

Detta gäller t ex differentialräkning av vita blodkroppar med bedömning av röd blodbild, "diff", som av utrymmesskäl endast fått en rad (nr 10) på lista 1. Här förs resultaten lämpligen på lista 3 – ev med hjälp av avtrycksanordning – med markering enligt ovan på lista 1. (Om så bedöms lämpligt, finns också möjlighet att vid normalt fynd vid denna undersökning införa noteringen "ua" i datumrutan på lista 1. Samma gäller sedimentundersökning (nr 26).

Svaret från laboratoriet får ej kastas förrän den ansvarige läkaren tagit del av och eventuellt signerat detsamma. Lokalt varierande praxis kan på denna punkt förekomma.

Laboratoriekommentar

Från laboratoriet kommenteras ibland svaret. Om sådan kommentar är av vikt för bedömningen av resultatet kan den behöva föras in på listan. Råder tveksamhet om lämpligt förfarande tillfrågas den ansvarige läkaren.

Vid införandet av kommentar noteras denna om möjligt i resp datumruta (lämpligen med användande av lokalt överenskomna förkortningar och symboler). Krävs mer utrymme för kommentaren, förs den in på lista 3. Texten skrivs då på en eller flera av textraderna och ett kryss görs i resp datumkolumn för att markera till vilket datum kommentaren hänför sig. Hänvisning till sådan kommentar kan lämpligen ske på lista 1 och 2 genom att i den aktuella datumrutan för analysen ifråga införa texten "lista 3".

Korrektion

Om ett svar ändras i efterhand, t ex genom att laboratoriet korrigerar tidigare lämnat värde, skall sådan ändring omgående införas på listorna.

Markering av patologiskt resultat

Avvikelse från referensvärde anges ofta direkt i laboratoriets svar (framför allt vid datorbaserade svarsrutiner) eller kan konstateras genom jämförelse med sådana värden. Många sätt är möjliga att i laborationslistan markera sådana resultat. Lokal praxis kan lämpligen bestämma tillvägagångssättet.

(Vanligt är att den ansvarige läkaren gör sådan markering genom inringning eller understrykning av resultatet. En första markering kan också – med ledning av laboratoriets uppgifter – göras av annan person (skriv- eller vårdpersonal), varefter läkaren på annat sätt markerar, att resultatet uppmärksamats).

Personnr

Namn

Spri-blankett
1975-12-31

Pt-Längd, cm

Anvisningar och förkortningar, se baksidan

Analys nr	Analysbeteckning System-Komponent, remissord	Enhet	Referens- område (vuxna) ¹⁾	Ar			
				Datum			
				Kl			
101	Pt -Massa	kg					
102	B -Erytrocyter, sänknreakt, B-SR	mm	2-15				
103	B -Hemoglobin, B-Hb	g/l	120-160				
104	B -Erytrocyter, partikelkonc, B-EPK	10 ¹² /l	3,7-5,5				
105	B -Erytrocyter, volymfraktion, B-EVF	%	36-48				
106	(B)Ery -Medelvolym, Ery-MCV	fl	82-102				
107	(B)Ery -Hemoglobin, massak, Ery-MCHC	g/l	330-360				
108	(B)Ery -Retikulocyter	%	0,2-2				
109	fS -Järn	μmol/l	14-29				
110	S -Järnbindande kapacitet, S-TIBC	μmol/l	45-80				
111	S -Haptoglobin	g/l	0,3-1,6				
112	S -Kobalaminer ²⁾	pmol/l	200-750				
113	S -Folat ²⁾	nmol/l	7-34				
114							
115	B -Leukocyter, partikelkonc, B-LPK	10 ⁹ /l	4-9				
116							
117	B -Celler, mikroskopi, neutr stavk	%	0-5				
118	neutr segmk	%	55-70				
119	eosinofila	%	1-3				
120	basofila	%	0-1				
121	lymfocyter	%	26-40				
122	monocyter	%	3-8				
123							
124							
125	erytrocyter ¹⁾						
126							
127	B -Trombocyter, partikelkonc	10 ⁹ /l	180-350				
128	Pt -Blödningstid (Duke)	s	<240				
129	P -Akt part trombopl-tid, P-APT-tid	s	<45				
130	P -Protrombinkomplex ²⁾ , f II, VII och X	%	70-120				
131							
132	P -Fibrinogen	g/l	2-4				
133	S -Fibr degr prod, S-FDP	mg/l	<10				
134							
135							
136	S -Bilirubin	μmol/l	3,4-20,5				
137	S -Konjugerat bilirubin	μmol/l	<3,4				
138	S -Alkalisk fosfatas, S-ALP	μkat/l	1,0-5,0				
139							
140	S -γ- Glutamyltransferas, S-GT	μkat/l	<0,50				
141	S -Aspartat-aminotransferas, S-ASAT	μkat/l	<0,75				
142	S -Alanin-aminotransferas, S-ALAT	μkat/l	<0,75				
143							
144							
145	S -Laktat-dehydrogenas, S-LD	μkat/l	<4,2				
146	S -Kreatin-kinas, S-CK	μkat/l	<1,7				
147	S -Sur fosfatas, tartrathämbar	nkat/l	<33				
148	S -α- Amylas	μkat/l	1,4-4,0				
149	U -α- Amylas	μkat/l	2,2-28				
150							
151							
152							
153	F -Hemoglobin ²⁾ , F-Hb	arb enh	0				

1) Se baksidan 2) Ange metod.

Se Spri-specialpublikation S 22

BLANKETTBEKRIVNING.

Analysbeteckning, enhet

System, komponent, remissord och enhet är i laborationslistorna angivna enligt ett av Svensk Förening för Klinisk Kemi utgivet analysregister, som i huvudsak följer internationella rekommendationer. Av utrymmesskäl har ibland förkortningar gjorts.

Storhet anges av utrymmesskäl endast undantagsvis. Den framgår i de flesta fall av analysbeteckningen i övrigt samt av texten i enhets-kolumnen.

För dimensionslösa storheter har procent (%) använts i enhets-kolumnen.

För kvalitativa och semikvantitativa analyser användes arbiträra enheter. Resultaten skall här anges med siffrorna 0-3.

ANVISNINGAR FÖR LISTORNAS ANVÄNDANDE

Analys svar som ej förs på förtryckta laborationslistor

Då svar på i laborationslistorna angivna analyser, tex av utrymmesskäl föreligger på annan plats i journalen eller på annan lista, tex laborationslista 3, markeras detta med kryss i resp datumkolumn på raden för analysen ifråga.

Laborationslista 3 utnyttjas så långt möjligt för på laborationslista 1 och 2 ej förekommande undersökningar, samt då utrymmet så kräver, tex för kommentarer från laboratoriet.

Samma principer för analysbeteckning, enhet och referensområde som används i laborationslista 1 och 2 bör tillämpas för laborationslista 3.

FÖRKORTNINGAR

System

a	arteriell(t)	n	ej fastande
B	blod	P	plasma
d	dygn	Pt	patient
Ery	erythrocyt(er)	S	serum
F	faeces	Sp	spinalvätska
f	fastande	t	tid
k	kapillär(t)	U	urin
Lkc	leukocyt(er)	v	venös(t)

Enhetsfaktorer

10 ³	kilo	k
10 ⁻³	milli	m
10 ⁻⁶	mikro	μ
10 ⁻⁹	nano	n
10 ⁻¹²	piko	p
10 ⁻¹⁵	femto	f

Enheter

arb enh	arbiträr enhet
d	dygn
g	gram
h	timme
kat	katal (enhet för katalytisk aktivitet)
l	liter
m	meter
mol	mol
s	sekund

Aven för vissa kvantitativa analyser användes arbiträra enheter. Definition av dessa lämnas av resp analyslaboratorium.

Referensområden

I laborationslistorna använda referensområden ("normalvärden") är **ungefärliga**. De är i huvudsak gällande för män. Hänsyn har ej tagits till köns- och åldersdifferenser, dygnsvariation, inverkan av kroppsläge, fysisk aktivitet, kost, medicinering etc och ej heller till variationer beroende av olikheter i metoder.

Anmärkning betr vissa undersökningar

102 B-Erythrocyter, sänknreakt: om mikrosänka utförts införas "k" (kapillärt) tillsammans med resultatet i datumkolumnen.

117 B-Celler, mikroskopi; 125 B-Celler, erythrocyter 240 U-Sediment; 246 U-Bakterier (odl): Normalt fynd kan införas i datumkolumnen i form av noteringen ua.

201 B-Glukos (i förekommande fall också andra analyser): Notering om fastande (f) resp ej-fastande (n) patient kan införas tillsammans med resultatet i datumkolumnen. (Referensvärdet för B-Glukos hänför sig till fastande patient.)

Övrigt

Beträffande anvisningar i övrigt hänvisas till särskild blankettbeskrivning.

Matematiska tecken

0	motsv tidigare -	>	mera än
1	motsv tidigare +	<	mindre än
2	motsv tidigare ++		
3	motsv tidigare +++		

Övriga förkortningar (ej förklarade av trivialnamn)

alk	alkalisk
APT-tid	aktiverad partiell tromboplastintid
bind	bindande
cyl	cylinder
FDP	fibrinogendegradationsprodukter
hyal	hyalin
kem	kemisk(t)
kl	klockan
korn	kornig
massak	massakoncentration
m, mätn	mättnad(sgrad)
neutr	neutrofil
odl	odling
partkonc	partikelkoncentration
prot	protein
reakt	reaktion
segmk	segmentkärnig
stand	standard
stavn	stavnkärnig
stim	stimulerande
sänknreakt	sänkingsreaktion
TIBC	total järmbindande kapacitet
tyr	tyroxin
volfr	volymfraktion

Personnr

Namn

Spri-blankett
1975-12-31

Anvisningar och förkortningar, se baksidan

Analys nr	Analysbeteckning System-Komponent, remissord	Enhet	Referens- område (vuxna) ¹⁾	Ar		Datum													
				Kl															
201	B -Glukos ¹⁾	mmol/l	3,3-6,1																
202	tU -Glukos	mmol/t																	
203																			
204	S -Urat	μmol/l	120-450																
205	fs -Kolesterol	mmol/l	3,1-7,0																
206	fs -Triglycerider, fs-TG	mmol/l	0,3-2,1																
207																			
208	S -Tyroxin, S-T4	nmol/l	60-125																
209	S -Tyrbind prot, mättngrad, S-TBP-m	arb enh	30-115																
210	S -T4-index (fritt)	arb enh	50-145																
211	S -Tyreoideastim hormon, S-TSH	arb enh/l	< 7,5																
212																			
213																			
214	S -Protein	g/l	65-85																
215	S -Albumin	g/l	37-52																
216																			
217	S -Calcium, S-Ca	mmol/l	2,20-2,60																
218	S -Magnesium, S-Mg	mmol/l	0,7-1,0																
219	S -Fosfat	mmol/l	0,7-1,6																
220	S -Natrium, S-Na	mmol/l	135-147																
221	S -Kalium, S-K	mmol/l	3,4-5,1																
222	S -Klorid, S-Cl	mmol/l	95-110																
223	S -Karbonat	mmol/l	22-30																
224																			
225	B -Standardvätekarbonat	mmol/l	19-26																
226	B -Basöverskott	mmol/l	-3,0 +3,0																
227	aB -Vätejonaktivitet, aB-pH	pH enh	7,36-7,44																
228	aB -Koldioxid, aB-PCO ₂	kPa	3,7-6,0																
229	(aB) -Oxygen, aB-PO ₂	kPa	10-13																
230	(aB)Hb -Oxyhemoglobin	%	93-99																
231																			
232	S -Kreatinin	μmol/l	< 133																
233	S -Urea	mmol/l	< 8																
234																			
235																			
236																			
237	tU -Protein	g/t	< 0,3 g/d																
238	U -Densitet	kg/l	1,012-1,025																
239	U -Osmolalitet	mosm/kg																	
240	U -Sediment ¹⁾ , erythrocyter	antal/sf	0-3																
241	leukocyter	antal/sf	0-3																
242	hyal cyl	antal/sf	< 1																
243	korn cyl	antal/sf	0																
244																			
245																			
246	U -Bakterier (odl)	l/l	< 10 ⁶																
247	U -Bakterier (kem) ²⁾	arb enh																	
248	U -Protein	arb enh	0																
249	U -Glukos	arb enh	0																
250	U -Acetoacetat	arb enh	0																
251	U -Hemoglobin	arb enh	0																
252	U -Urobilinogen	arb enh	0																
253	U -Bilirubin	arb enh	0																

Se Spri specialpublikation S 22

OBS! SI-enheter införda 197x-xx-xx

BLANKETTBEKRIVNING

Analysbeteckning, enhet

System, komponent, remissord och enhet är i laborationslistorna angivna enligt ett av Svensk Förening för Klinisk Kemi utgivet analysregister, som i huvudsak följer internationella rekommendationer. Av utrymmesskäl har ibland förkortningar gjorts.

Storhet angives av utrymmesskäl endast undantagsvis. Den framgår i de flesta fall av analysbeteckningen i övrigt samt av texten i enhets-kolumnen.

För dimensionslösa storheter har procent (%) använts i enhets-kolumnen.

För kvalitativa och semikvantitativa analyser användes arbiträra enheter. Resultaten skall här anges med siffrorna 0-3.

ANVISNINGAR FÖR LISTORNAS ANVÄNDANDE

Analys svar som ej förs på förtryckta laborationslistor

Då svar på i laborationslistorna angivna analyser, tex av utrymmesskäl föreligger på annan plats i journalen eller på annan lista, tex laborationslista 3, markeras detta med kryss i resp datumkolumn på raden för analysen ifråga.

Laborationslista 3 utnyttjas så långt möjligt för på laborationslista 1 och 2 ej förekommande undersökningar, samt då utrymmet så kräver, tex för kommentarer från laboratoriet.

Samma principer för analysbeteckning, enhet och referensområde som används i laborationslista 1 och 2 bör tillämpas för laborationslista 3.

Även för vissa kvantitativa analyser användes arbiträra enheter. Definition av dessa lämnas av resp analyslaboratorium.

Referensområden

I laborationslistorna använda referensområden ("normalvärden") är **ungefärliga**. De är i huvudsak gällande för män. Hänsyn har ej tagits till köns- och åldersdifferenser, dygnsvariation, inverkan av kroppsläge, fysisk aktivitet, kost, medicinering etc och ej heller till variationer beroende av olikheter i metoder.

Anmärkning betr vissa undersökningar

102 B-Erythrocyter, sänknreakt: om mikrosänka utförts införes "k" (kapillärt) tillsammans med resultatet i datumkolumnen.

117 B-Celler, mikroskopi; 125 B-Celler, erythrocyter 240 U-Sediment; 246 U-Bakterier (odl): Normalt fynd kan införas i datumkolumnen i form av noteringen ua.

201 B-Glukos (i förekommande fall också andra analyser): Notering om fastande (f) resp ej-fastande (n) patient kan införas tillsammans med resultatet i datumkolumnen. (Referensvärdet för B-Glukos hänför sig till fastande patient.)

Övrigt

Beträffande anvisningar i övrigt hänvisas till särskild blankettbeskrivning.

FÖRKORTNINGAR

System

a	arteriell(t)	n	ej fastande
B	blod	P	plasma
d	dygn	Pt	patient
Ery	erythrocyt(er)	S	serum
F	faeces	Sp	spinalvätska
f	fastande	t	tid
k	kapillär(t)	U	urin
Lkc	leukocyt(er)	v	venös(t)

Enhetsfaktorer

10 ³	kilo	k
10 ⁻³	milli	m
10 ⁻⁶	mikro	μ
10 ⁻⁹	nano	n
10 ⁻¹²	piko	p
10 ⁻¹⁵	femto	f

Enheter

arb enh	arbiträr enhet
d	dygn
g	gram
h	timme
kat	katal (enhet för katalytisk aktivitet)
l	liter
m	meter
mol	mol
s	sekund

Matematiska tecken

0	motsv tidigare -	>	mera än
1	motsv tidigare +	<	mindre än
2	motsv tidigare ++		
3	motsv tidigare +++		

Övriga förkortningar (ej förklarade av trivialnamn)

alk	alkalisk
APT-tid	aktiverad partiell tromboplastintid
bind	bindande
cyl	cylinder
FDP	fibrinogendegradationsprodukter
hyal	hyalin
kem	kemisk(t)
kl	klockan
körn	körnig
massak	massakoncentration
m, mätn	mättnad (sgrad)
neutr	neutrofil
odl	odling
partknc	partikkelkoncentration
prot	protein
reakt	reaktion
segmk	segmentkärnig
stand	standard
stavk	stavkärnig
stim	stimulerande
sänknreakt	sänkingsreaktion
TIBC	total järnbindande kapacitet
tyr	tyroxin
volfr	volymfraktion

	1 BLANKETTBESKRIVNING
Dokumentnamn	Remiss, röntgenundersökning.
Testad	Blanketten testad vid Jönköpings centrallasarett, Varbergs och Karlskogas lasarett.
	1.1 Beskrivning
	Remiss, röntgenundersökning används vid konsultation av röntgenspecialist.
	Blanketten består av ett blankettset om original och en eller fler kopior.
	1.2 Rutinbeskrivning
	Remissen utställs vid den remitterande instansen, varvid ev erhållet undersökningsdatum och tid, jämte övriga specifikationer ifylls.
	1.3 Ifyllande
	Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.
Tid best	När tid erhålls från röntgenavdelningen, anges detta på remissen i ordningen månad, dag och klockslag.
Lab nr	Uppgiften ifylls vid röntgenavdelningen vid behov.
Undersökningsplats	Om undersökningen önskas utförd någon annan stans än vid röntgenavdelningen, markeras detta.
Undersökningsbehov	Remitterande läkare kan markera att undersökningsbehovet är akut.
Vid hjärtundersökning anges	Vid hjärtundersökning anges patientens längd och vikt.
Sista mens	Vid röntgenundersökningar av kvinnor, skall sista menstruationsdatum uppges vid beställning av gynekologiska röntgenundersökningar (t ex HSG) samt, för kvinnor i fertil ålder, även i samband med undersökningar av bukorgan (t ex colon, urografi).
	Observera att detta datum måste kontrolleras ånyo i samband med undersökningen.
Röntgenavd ant	I samband med undersökningen görs i detta utrymme vissa för röntgenavdelningen interna noteringar beträffande exponeringsdata, undersökningsrum m m. Dessa uppgifter överförs ej till kopiorna.

Remiss, röntgenundersökning

Personnr

Namn

Rem datum Rem läkare (klartext).

Remiss till (institution, handläggare, adress)

Personnr o namn (om patientkort saknas), tel
år mån dag nr efter o förnamnTid best Lab nr Undersökningsplats Undersöknbehov
mån dag kl avd op iva akut jourVid hjärtundersökning anges Sista mens
längd cm vikt kg mån dag Prei svar till

Föregående undersökning, var, när, vad

Önskad undersökning

Diagnos, fråga

Anamnes, status

Svar

Röntgenläkare

Undersökningsdatum

Röntgenavdelningens noteringar

Exponeringsdata

Unders-
rumRtg sköt/
ass

Läkare

Godkänt

Dokumentnamn	<p>1 BLANKETTBESKRIVNING</p> <p>Remiss, EKG, FKG, m m.</p> <p>1.1 Beskrivning</p> <p>Remissen används i samband med konsultationer beträffande kliniskt-fysiologiska undersökningar, såsom vilo-ekg- ortostatprov, arbetsprov och fkg (fonokardiogram).</p> <p>Blanketten består av ett set om original och en eller flera kopior.</p> <p>1.2 Rutinbeskrivning</p> <p>Remissen utställs vid den remitterande instansen och sänds till den instans som utför undersökningen. Sedan undersökningen utförts och svaret utskrivits återsänds originalet jämte lämpliga delar av ekg-remsan(-orna), som kan uppklistras på alt bifogas kopian. Med kopiorna förfars enligt lokala rutiner. Lämpligt är att ekg-remsan har ett sådant format (14 cm bredd) att två remsdelar fastklistrade får plats på samma blankettsida.</p> <p>1.3 Ifyllande</p> <p>Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.</p>
Anamnes, status	<p>Korta, och för undersökningen relevanta data beträffande anamnes och status skall lämnas.</p> <p>Information skall alltid lämnas beträffande</p> <ul style="list-style-type: none"> – hjärtstatus – blodtryck – elektrolytrubbning – medikation, jämte specificering av preparat, styrka, dos och behandlingstid – att ingen medicinering pågår
Svar	<p>Svaret skrivs på remissens nedre del. Vissa svarsuppgifter lämnas på ett strukturerat sätt i speciella rutor och medelst kryssmarkering. Tolkning lämnas även i verbal form.</p>

Remiss, ekg, fkg, m m

Personnr

Namn

Rem datum

Rem läkare (klartext)

Remiss till (institution, handläggare, adress)

Tidsbeställningsuppgifter

Förflyttas i

 stol

säng

Akutsvar till

Undersöks

 på avd

i säng

Föreg undersökn var, när, vad

Önskad undersökning

 Viloekg Orto-
statprov Arbets-
prov Fkg

Övrigt

Diagnos, fråga

Anamnes, hjärtstatus

Blodtryck

Elektrolytrubbning

 nej

ja, typ:

Medikation

 ingen medicinering pågår Digitalis Kinidin Diuretika Sympatiko-
mimetika β block Psyko-
farmaka

Specifikation av preparat, dos och behandlingstid

Svar, viloekg

Handläggare

Unders datum

Kalibrering (1 mV=10 mm)

Artefakter

 Sinusrytm

Arytmi, typ

Kammarfrekvens

P—Q

Q—S

Q—T

El-axel

P

/min

csek

csek

csek

QRS

ST

T

Bedömning

Slutsats

 intet
patologiskt intet säkert
patologiskt misstänkt
patologiskt patologiskt Väsentligen oförändrat
jämfört med EKG den kontroll
föreslås

Remiss, ekg, fkg, m m

Personnr

Namn

I
II
III
aVR
aVL
aVF
V₁
V₂
V₃
V₄
V₅
V₇

Dokumentnamn

1 BLANKETTBEKRIVNING

Remiss, konsultation.

1.1 Beskrivning

Remissen består av ett blankettset om två exemplar, original och kopia.

Remissen används i samband med konsultationer av olika slag då ingen annan speciell remiss krävs.

1.2 Ifyllande

Se generell blankettinstruktion bilaga 4:1.

Remiss, konsultation

Personnr

Namn

Rem datum	Rem läkare (klartext)
-----------	-----------------------

Remiss till (institution, handläggare, adress)

.....

.....

.....

Tidsbeställningsuppgifter			
Förflyttas i		Undersöks	
<input type="checkbox"/> stol	<input type="checkbox"/> säng	<input type="checkbox"/> på avd	<input type="checkbox"/> i säng
Akutsvar till			
Föregående undersökning (var, när, vad)			

Diagnos, fråga**Anamnes, status**

(provtagningsdatum)

Svar

Handläggare

Undersökningsdatum

Konsultavd noteringar

BLANKETTBESKRIVNING**Dokumentnamn**

Lista, temperatur, behandling.

1.1 Beskrivning

Blanketten används i sluten vård för registrering av mätningar av urin, avföring, blodtryck, puls, temperatur m fl kroppsfunktioner, samt för notering av kontinuerliga och tillfälliga behandlingar.

Denna blankett bör kombineras med någon form av rutin för "rapportsystem för vårdavdelningar", t ex ett "Kardexregister".

1.2 Rutinbeskrivning

Blanketten läggs normalt upp i samband med patientens ankomst till sjukhuset.

Efter vårdtidens slut skall listan förvaras i patientens journal.

I samband med beslut om inläggning, från tidsbeställningslista eller akut, föreslås att läkaren upprättar ett separat första utredningsprogram.

1.3 Ifyllande

Se generell blankettinstruktion bilaga.4:1.

Bladnummer

Blanketterna numreras löpande.

Patientdata

I utrymmet för patientdata skall patientens personnummer och namn ifyllas varvid ledtexterna skall följas. Anges patientdata med hjälp av patientplåt, placeras avtrycket likaså i patientdatarutan.

Klinik, avd

Vårdande klinik och avdelning skall tydligt anges.

Rum, säng

Rum/sal samt sängplats kan anges.

Datumkolumner

Datum noteras i ordningen år, månad och dag. Årtal behöver endast anges vid första datum i varje vårdperiod.

Återkommer en patient för ny vårdperiod i sluten vård, kan vårdperioderna åtskiljas genom att kolumnlinjen till vänster om första datum för den nya vårdperioden kraftigt markeras t ex med hjälp av en rödpenna.

Prel diagnos m m

Preliminär diagnos, "arbetsdiagnos" kan anges. Ytterligare anteckningar kan göras i detta utrymme, t ex anmälan till långvårdsklinik.

Överkänslighet

Eventuell överkänslighet för medikamenter eller andra ämnen skall anges. Dessa uppgifter skall alltid överföras på ev följande listor samt även till journalöversikten.

Noteringar

Noteringar och anmärkningar av olika slag kan anges i detta utrymme.

Urin, ml

Uppmätt dygnsmängd urin anges i ml. Vid separat registrering av dag-resp natturin förs den ena registreringen på närmast tomma rad.

Dryck, ml

Av patienten intagen dryck per dygn anges i ml.

Person nr

Namn

Prel diagnos	År	Datum											
	Massa, kg												
	Dryck, ml												
Överkänslighet, spec anm													
	Avföring												
	Urin, ml												
Pt-längd, cm	KAD, nr												
	Kost, mobilisering												
	P	T											
	110	39°											
	90	38°											
	70	37°											

Se Spriråd 4.5

STÅENDE ORDINATION

(beredningsform, preparat, styrka, administration)

Sign läkare

Sign sjuksköterska

Insatt datum

Kontinuerlig ordination

L/A

↑
Ordination vid behov

Avföring	<p>Antalet avföringar per dygn noteras, deras konsistens, givna lavemang samt eventuell gasavgång. Dessa uppgifter markeras med följande tecken:</p> <p> = en formad avföring (= 2 o s v) — = en vattentunn avföring (≡ = 2 o s v) / = en grötformad avföring (// = 2 o s v) L = lavemang G = gasavgång</p>
Blodtryck	<p>Blodtryck noteras. Den tomma raden ovanför kan användas om fler blodtryck skall registreras samma dag t ex förmiddag och eftermiddag.</p>
P (Puls)	<p>Pulsfrekvens markeras med rund ring. Penna med röd färg används. Markeringarna sammanbinds med raka streck.</p>
T (Temperatur)	<p>Temperatur markeras med kryss. Penna med blå eller svart färg används. Markeringarna sammanbinds med raka streck. Om temperaturen mäts på annat sätt än rektalt, anges detta lämpligen i början av raden.</p>
Kost, mobilisering	<p>Kost och mobilisering anges.</p>
Tomma rader	<p>På de tomma raderna nedanför puls/temp fältet kan noteringar av olika slag göras.</p> <p>Exempel</p> <ul style="list-style-type: none"> — kateter (nr anges), byte — TT- eller PP-registreringar (motsv) <p>Vid antikoagulationsbehandling kan den nedersta tomma raden användas för TT- eller PP-registreringar, varvid dosering av antikoagulationspreparat kan noteras på översta raden av "kontinuerlig behandling".</p>
Preparat, styrka, adm	<p>Vid ordination av läkemedel anges preparatets namn och styrka. Administrations sättet behöver i regel anges endast när det gäller injektionspreparat:</p> <p>iv = intravenöst, im = intramuskulärt sc = subkutant ic = intrakutant</p>
Kontinuerlig behandling	<p>Givna ordinationer skall noteras samt dagligen signeras av läkare.</p> <p>Doseringen vid kontinuerlig behandling skrivs under den datumruta som motsvarar den dag då läkemedlet sätts in, resp när doseringen ändras. Upphör ordinationen skrivs en nolla under motsvarande i datumrutan. Sätts ordinationen ånyo in, förfars på samma sätt som ovan. Fortsatt oförändrad dosering markeras dagligen med en vågrät pil. Härigenom fås varje dag en överskådlig bild av den totala medikation som ordinerats.</p>
Tillfällig behandling	<p>Här noteras endast sådan "tillfällig behandling" som ordinerats i förväg.</p> <p>Givna ordinationer skall noteras samt dagligen signeras av läkare.</p> <p>Härvid sätts v b (= vid behov) längst till vänster på raden efterföljt av preparatets namn, styrka och dosering (= antal tabletter, mängd injektionslösning eller motsvarande), samt uppgift om det högsta tillåtna antalet behandlingstillfällen per dygn.</p>

Exempel

v b T Librium 5 mg 1 x 1
 v b T Magnecyl 0,5 g 2 x 3
 v b Inj Bricanyl 0,5 mg/ml s c 0,5 ml x 3

Då ordinerad tillfällig behandling givits till patienten markerar sjuksköterskan detta under den aktuella datumrutan med ett lodrätt streck.

/ = ett
 // = två
 /// = tre behandlingstillfällen o s v

Klockslag för intagen dos antecknas på blanketten "Rapport, patient".

Notering av ordinerad tillfällig behandling börjar på *nedersta* raden.

Tillfälligt given behandling enligt s k generell ordination (läkemedel som får ges av sjuksköterska till patient utan speciell ordination av läkare) registreras på blanketten "Rapport, patient". Ett skriftligt underlag för generella ordinationer skall finnas för varje vårdavdelning/klinik (se Råd och Anvisningar från socialstyrelsen nr 17, 1970 "Läkemedelshanteringen på vårdavdelningarna").

Sign läkare

Ordinerande läkare verifierar ordinationen genom att sätta sitt signum under aktuell datumruta.

Sign sjuksköterska

I samband med den dagliga kontrollen av underlaget för medicinuttaget (ordinationskort, medicinlista) mot originalhandlingen ("Lista, temperatur, behandling") verifierar sjuksköterskan detta genom att sätta sitt signum under aktuell datumruta. En dylik "kontrollsign" kommer då att återfinnas för varje datum då medicinutdelning skett.

1.4 Exempel på olika noteringar

Preparat,

Exempel på noteringar av preparat, styrka och administrationsätt

T Digoxin 0,25 mg
 Supp Stemetil 25 mg
 Inj Oxyphyllin 35 mg/ml iv
 Gutt Resyl 10 %
 Mixt Kvillaja

Angående förkortningar för olika läkemedelsberedningar se nedan.

Dosering

Exempel på doseringsalternativ och doseringstider

Dos		KI	KI	KI	KI
1 x 1	=	08.00	—	—	—
2 x 1	=	08.00	—	—	—
1 x 2	=	08.00	—	16.00	—
1 x 3	=	08.00	12.00	16.00	—
1 x 4	=	08.00	12.00	16.00	20.00

Avvikelser beträffande doseringstider anges på följande sätt

1 + 1 + 0 + 0	=	08.00	12.00	—	—
1 + 0 + 0 + 1	=	08.00	—	—	20.00

Andra tider anges i klockslag.

FÖRKORTNINGAR FÖR OLIKA LÄKEMEDELSBEREDNINGAR

T	tableta	tablett
C	capsula	kapsel
D	dragée	dragé
R	resoribletta	resoriblett
Pt	pastilla	pastill
Pil	Pilula	piller
Gran	granulatum	granulat
Pulv	pulvis	pulver
Gutt	guttae	droppar (dr)
Oculogutt	oculoguttae	ögondroppar
Otogutt	otoguttae	örondroppar
Mixt	mixtura	mixtur
Syr	syrupus	sirap
Sol	solutio	lösning
Spray	spray	sprayvätska
Supp	suppositorium	stolpiller
Rect	rectiolum	rektiol
Vag	vagitorium	vagitorie
Em	emulsio	emulsion
Susp	suspensio	suspension
Extr	extractum	extrakt
Crem	cremor	kräm
Past	pasta	pasta
Ung	unguentum	salva
Oculent	oculentum	ögonsalva
Lin	linimentum	liniment



SJUKVÅRDENS OCH SOCIALVÅRDENS PLANERINGS- OCH RATIONALISERINGSINSTITUT

Postadress: Fack, 102 50 Stockholm
Besöksadress: Sehlstedtsgatan 9
Telefon: 08-63 05 60