

Legevisittskjema:

Gjennomgang av diagnose/tentative diagnoser, kort oppsummering av hendelsesforløp og hvorfor pasienten er innlagt på Overvåking.

Etterfølges så av systematisk gjennomgang av aktuelle punktene:

Områder:	Hva bør tas opp:	Egne notater:
CNS:	GCS, RASS, kommunikasjon, analgosedasjon, pupiller	
Respirasjon:	SpO2, O2 tilførsel, O2 metode/NIV, rtg. thorax, auskultasjon, mye slim/suging, forstøver	
Sirkulasjon:	BT, vasoaktive medikamenter (>12-24 timer -> vurder CVK), sentral/perifer sirkulasjon, hud, hjerterytme, temperatur, innganger, blødning -> blod i reserve, Tromboseprofylakse	CVK ☐ Bestille blod ☐
Smerte / delir / søvn:	CAM-ICU, smerter, BPS/NRS, summer opp medikamenter som er gitt forrige døgn	
Nyrer / urinveier:	Timediurese, væskestatus, væskebalanse, vekt, diuretika, er IHD planlagt	
Abdomen / ernæring:	Ulcusprofylakse, ernæringsstatus, screening (innen 24 timer), KEF, ernæringssonde, tarmlyder, avføring, laksantia, avlastende sonder enteralt eller rektalt Hjelpetekst -> beregning av både energi og proteinbehov.	Henvis KEF ☐
Fysio:	Får pasienten fysioterapi? Restriksjoner? «ICU mobility scale»	Henvis fysioterapeut ☐
Infeksjon / antibiotika:	Smitteregime, er smitte registrert/når kan det opphøre, har det kommet svar på prøver, må nye prøver tas eller noen prøver gjentas	
Plan videre:	Plan og mål Ev planlegge overflytning sengepost	
Pårørende:	Er de informert, kontakter registrert, Oppfølgingsplan	