

OPERATIONSANMÄLAN

Diagnos _____ Hö Vä **Diagnoskod** _____

_____ Hö Vä _____

Operation _____ **Åtgärdskod** _____

Operatör _____

Prioritet 1 = <2 v 2 = 4-6v 3 = >6v **Max väntetid** _____

Beräknad optid _____

Anestesi Ingen Narkos Rygg Regionalt Operatören bedövar

Läge Rygg Buk Sida Benstöd Halvsittande

Förberedelser(Material mm) _____

Högt blodtryck Nej Ja _____

Högt BMI(>37) Nej Ja _____

KOL Nej Ja _____

Kranskärslsjuka Nej Ja _____

Diabetes Nej Ja _____

Rökning Nej Ja _____

Antikoagulantia Nej Ja _____

Överkänslighet Nej Ja _____

Datum _____ **Anm. läkare** _____ **Sign** _____