

Titel: Remiss för Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (MIC-PEG).docx		Dokument-ID: 19573626
Dokumentkategori: Manual	Dokumenttyp: Styrande	Version: 5.0
Enhet: Endoskopicentrum		Giltigt från: 2021-05-19
Dokumentägare: Keyvan Elahi Sektionschef Endoskopicentrum Medicinkliniken		Giltigt till: Tills vidare
Dokumentförfattare: Pia Forsberg		

Patientuppgifter

Remitterande enhet:

Tel:

Fax:

Remissdatum:

## Remiss för Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (MIC-PEG)

Innan du fyller i denna remiss, titta gärna i "PEG-inläggning vårdprogram" som hittas enligt nedan:  
[capiostgoran.se](http://capiostgoran.se) / [För vårdgivare](#) / [Remittera till Endoskopicentrum](#)  
Alla fält utom det sista måste vara ifyllt för att vi ska bedöma remissen

Patientansvarig läkare har tagit ställning till indikationen för PEG utifrån medicinska och etiska aspekter:	
Namn:	Tel:
Har patienten och/eller anhöriga fått dokumentet "Information om PEG till patient och anhöriga"?	
Namn på anhörige:	
Informationen finns på <a href="http://capiostgoran.se">capiostgoran.se</a> / <a href="#">För vårdgivare</a> / <a href="#">Remittera till Endoskopicentrum</a>	
Finns utsedd person/funktion som skall utföra sondmatning, skötsel av PEG samt beställning av förbrukningsvaror rörande PEG?	
Namn:	Telefonnummer:
Indikation för PEG:	
Förväntat behov av PEG > 6 veckor?	
Övriga sjukdomar:	
Sväljformågan bedömd av öron-näsa-hals-specialist?	
Datum:	utlåtande:
Sväljformågan bedömd av logoped?	
Datum:	utlåtande:

Sväljförmåga ej relevant. Kommentar:

Kan patienten gapa på uppmaning?

Har patienten tidigare opererats i buken?  
Om ja, vilka operationer och när?

Finns ärr på övre delen av buken?  Ja  Nej

Föreligger ascitets?  Ja  Nej

Pågående infektion i buken?

Läkemedelsallergier? Om ja Vilka läkemedel?

Syrgasbehov?  Ja.....l/minut  Nej

Pågående antikoagulantia behandling?  Ja  Nej  
Preparat och indikation?

Ansvarig kirurg på Endoskopicentrum gör bedömning gällande utsättning av antikoagulantia enligt PM inför inläggning av PEG. Ansvarig dsk informeras i samband med bokning av tid.

Vikt: Längd:

Föreligger behandlingsbegränsningar?  
I så fall vilka?

Är patienten bärare av MRSA/ESBL/VRE?  Ja  Nej  
Annan smitta?

Plats för ev. kommentarer och tillägg:

Capio S:t Görans sjukhus

Endoskopicentrum

[Tel:08-58701368](tel:08-58701368)

Fax:08-58701953