

| | | |
|---|-----------------------|----------------------------|
| Titel: Remiss för Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (MIC-PEG).docx | | Dokument-ID: 19573626 |
| Dokumentkategori: Manual | Dokumenttyp: Styrande | Version: 2.0 |
| 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)

Titta gärna i "PEG-inläggning vårdprogram" innan du fyller i denna remiss. 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 " <i>Information om PEG till patient och anhöriga</i> "? Namn på anhörig: _____ | |
| Informationen ligger på Cario S:t Görans hemsida/Endoskopicentrum. | |
| Finns utsedd person/funktion som skall utföra sondmatning, skötsel av PEG samt beställning av förbrukningsvaror rörande PEG? Namn: _____ Tel: _____ | |
| 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: _____ | |

Sväljformåga ej relevant skriv kommentar:

Kan patienten gapa på uppmaning? Ja Nej

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?

Läkemedelsallergi? Om ja Vilka läkemedel?

Syrgasbehov? Ja.....l/minut Nej
Pågående antikoagulantia behandling? Ja Nej
Namn 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? Ja Nej

Plats för ev. kommentarer och tillägg:

Capio S:t Görans sjukhus
Endoskopicentrum
[Tel:08-58701368](tel:08-58701368)
Fax:08-58701953