

Dokumentkategori: Manual	Dokument-ID: 19573626	Version: 6.0
Enhet: Endoskopicentrum		Giltigt från: 2021-05-18
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 / [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 capiostgoran.se / För vårdgivare / Remittera till Endoskopicentrum	
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:	
Sväljförmågan bedömd av öron-näsa-hals-specialist?	
Datum:	utlåtande:
Sväljförmågan bedömd av logoped?	
Datum:	utlåtande:
Sväljförmåga ej relevant. Kommentarer:	
Kan patienten gapa på uppmaning?	

Har patienten tidigare opererats i buken? Om ja, vilka operationer och när?	
Finns ärr på övre delen av buken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Föreligger ascitets?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Pågående infektion i buken?	
Läkemedelsallergier? Om ja Vilka läkemedel?	
Syrgasbehov?	<input type="checkbox"/> Ja.....l/minut <input type="checkbox"/> Nej
Pågående antikoagulantia behandling?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annan smitta?	
Plats för ev. kommentarer och tillägg:	

Capio S:t Görans sjukhus

Endoskopicentrum

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

Fax:08-58701953