

Bedøvelse på Øre-Næse-Halsklinikken

Jens Bangs Stenhus

Navn: _____

CPR: _____

Operation: _____

Vægt: _____ Kg

1. Barnet må ikke have neglelak på fingrene og tæerne.
2. Forældrene **skal** spise morgenmad.
3. Helst ingen strømpebukser da saturationsmålere påmonteres på tæerne.

	JA	NEJ
Er barnet sundt og rask?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er barnet fastende i 6 timer for fast føde, mælk, kakaomælk, juice og lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er barnet fastende i 2 timer for vand og saftvand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er begge indehavere af forældremyndighed indforstået med indgrebet og har givet tilsagn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har barn allergier?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har det været problemer med bedøvelse før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider barnet af astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider barnet af sukkersyge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider barnet af hjertesygdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lider barnet af blodmangel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får barnet medicin til dagligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hvis JA, hvilke?		
- Hvis astmaspray/epilepsimedicin, har barnet så i dag fået medicin som vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jakob Stegger/AMG, marts 2019
Revideres inden marts 2022

Dato
Underskrift