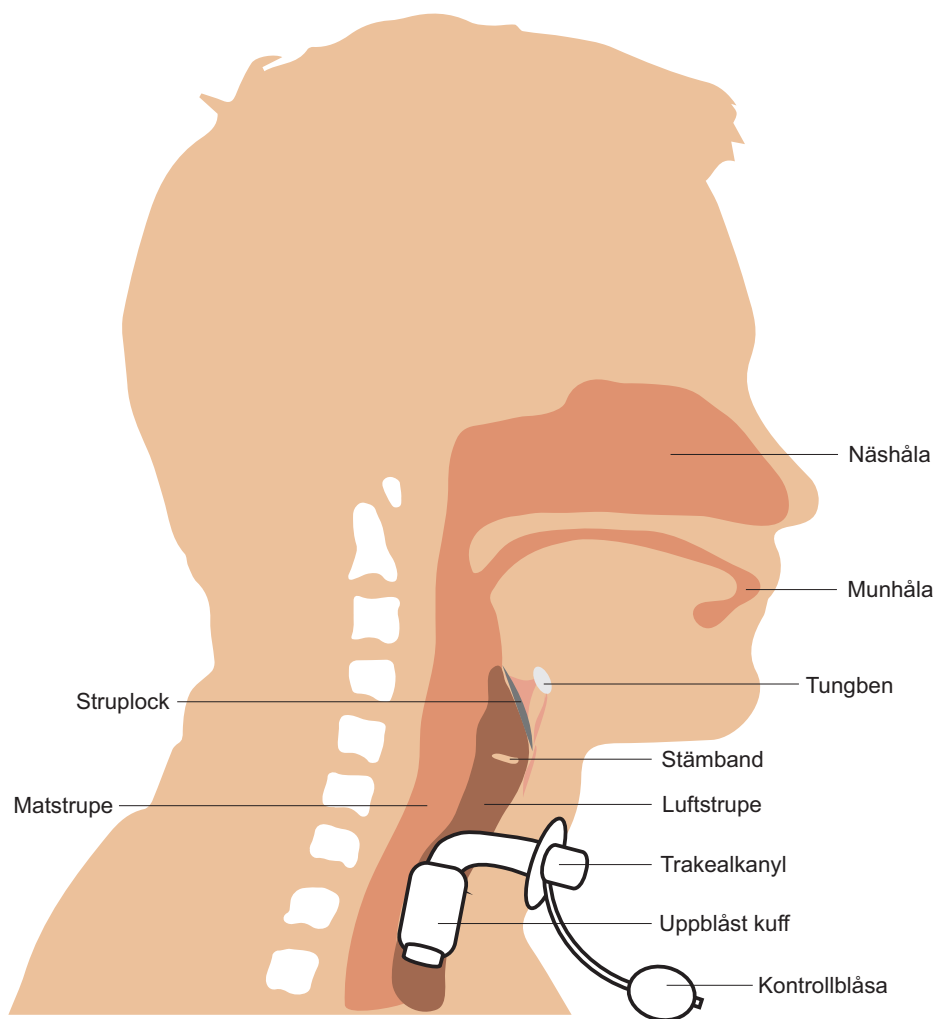


Den här patienten är TRAKEOTOMERAD



Vid kanylbyte ska dokumentet ersättas med ett nytt

Personnr	Namn	
Typ av operation		
Kirurgisk <input type="checkbox"/>	Perkutan <input type="checkbox"/>	
Datum för operation		
Indikation		
Övre luftvägs- hinder <input type="checkbox"/>	Lång ventilatorvård <input type="checkbox"/>	Profylaktiskt <input type="checkbox"/>
Typ av trakealkanyl:	Storlek:	
_____	_____	
Kuff	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Innerkanyl	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Fenestrerad	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Får patienten använda röstventil?		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Finns anatomisk passage kranialt om stomat?		
	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>