



Mistenkt COVID-19

Ja:

Test tatt dato:

Påvist COVID-19

Ja:

Nei:

Nei:

I Identitet

Ditt navn, stilling og avdeling/arbeidssted

Pasientnavn:

Fødselsdato:

Adresse/avdeling:

S Situasjon

"Jeg ringer/tar kontakt fordi..." Beskriv den akutte årsaken til at du tar kontakt:

B Bakgrunn

Kort resymé av sykdomshistorie inntil nå. Relevante sykdommer. Allmentilstand siste dager (mat, drikke, aktivitetsnivå)
NB! Smitte/allergier og behandlingsreservasjoner!

A Aktuell tilstand

Status og vurdering av vitale parametre. NB! Atypiske symptom hos sårbare eldre

| Observasjoner / Vitale målinger | Verdier i normaltilstand | kl. | * | kl. | * | kl. | * | kl. | * | kl. | * | kl. | * |
|---------------------------------|--|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|
| A | Frie luftveier | | | | | | | | | | | | |
| | Respirasjonsfrekvens | | | | | | | | | | | | |
| B | Respirasjonslyder | | | | | | | | | | | | |
| | SpO ₂ / O ₂ -metning | | | | | | | | | | | | |
| C | O ₂ -tilførsel ja/nei | | | | | | | | | | | | |
| | Kapillær fyllingstid | | | | | | | | | | | | |
| | Puls | | | | | | | | | | | | |
| | Blodtrykk | | | | | | | | | | | | |
| D | Hud | | | | | | | | | | | | |
| | Diurese | | | | | | | | | | | | |
| | Bevissthet (ACVPU) | | | | | | | | | | | | |
| E | Pupiller | | | | | | | | | | | | |
| | Blodsuktermåling | | | | | | | | | | | | |
| E | Temperatur | | | | | | | | | | | | |
| | Smerte (VAS/NRS) | | | | | | | | | | | | |
| Sum NEWS ₂ skår* | | | | | | | | | | | | | |

Mistanke om sepsis?

quick SOFA (qSOFA)

- Respirasjonsfrekvens ≥ 22
- Endret mental status
- Systolisk BT ≤ 100 mm Hg

NEWS ≥ 5

MISTANKE OM KLINISK INFEKSJON OG MINST TO AV KRITERIENE TIL VENSTRE, OG/ELLER NEWS ≥ 5 :



Varsle lege og/eller ring113

Utfyllende prøver

CRP

HgB

U-stix

U-prøve

R Råd/Respons

om tiltak... Hva ønsker du å si om situasjonen. Hva er anbefaling fra den du snakker med?

Hjerneslag?



Andre symptomer

- Akutt oppstått ensidig koordinasjonssvikt (akutte gangvansker)



- Halvsidig synsfeltuttall
- Hyperakutt hodepine
- Nedsatt sensibilitet



Pårørende: _____

- Informasjon gitt
- Informasjon innhentet
- Medisinliste er sendt med pasient
- HLR status er kjent _____



Legevakt (LV): 116 117

Lokalt LV nr.: _____

AMK: 113

Giftinformasjonen: 22 59 13 00

Fastlege: _____