

**IFYLLES AV LÄKARE PÅ IVA**

**UCG**

Var god utfärda remiss för hjärtultraljudsundersökning med nedanstående frågeställningar enligt lokala rutiner. Resultat behöver inte fyllas i av IVA.

Utförs UCG av annan än läkare från klinisk fysiologi tacksam om **bilder sparas** och protokollet **"Extra UCG-protokoll IVA"** ifylles.

*Ejektionsfraktion? VTI? SV? Cardiac Index? Hypertrof vänsterkammare/septumtjocklek? Regionalitet? PA-tryck? TR Vmax? RVs? TAPSE? Högerkammarmfunktion? Klaffvitier?*

**Neurologstatus i nära anslutning till UCG.** Detta för att värdera hjärtfunktionen i relation till neurologiskt sjukdomsförlopp.

Dödförklarad Ja  Nej

**Om ej dödförklarad, v.g. ange** RLS : Patologiskt böjmönster   
 Patologiskt sträckmönster   
 Ingen reaktion  Inte bedömd

Pupiller: Höger ljusstel, dilaterad pupill? Ja  Nej  Inte bedömd   
 Vänster ljusstel, dilaterad pupill? Ja  Nej  Inte bedömd

**DATUM**..... **TID**..... **NAMN** undersökande läkare.....

**IFYLLES AV SJUKSKÖTERSKA PÅ IVA**

Vänligen ta en arteriell blodgas och beställ TnT alternativt TnI , och NT-proBNP i samband med UCG-undersökningen

**UCG DATUM**..... **TID**.....  
 fyll i nedanstående parametrar ***i samband med UCG-undersökningen.***

**Respirator**

PEEP \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O      Topptryck \_\_\_\_\_ cmH<sub>2</sub>O      Tidalvolym \_\_\_\_\_ ml/kg/PBW

**Hemodynamik**

MAP \_\_\_\_\_ mmHg      Puls \_\_\_\_\_ bpm

**Inotropi**

Noradrenalin  Dos \_\_\_\_\_ µg /kg/minut      Milrinon  Dos \_\_\_\_\_ µg /kg/minut

Levosimendan  Dos \_\_\_\_\_ µg /kg/minut      Dobutamin  Dos \_\_\_\_\_ µg /kg/minut

Annat vasoaktiv drog ( t. ex. Labetalol, Dopamin, vasopressin osv)      Typ \_\_\_\_\_ Dos \_\_\_\_\_

Erhållit men avslutat vasopressorstöd/inotropibehandling innan första UCG?

Preparat \_\_\_\_\_ Högsta dos \_\_\_\_\_ µg /kg/minut. Antalet timmar med vasopressorstöd \_\_\_\_\_ tim.

**Lab DATUM**..... **TID**.....

TnT \_\_\_\_\_ ng/L      alternativt TnI \_\_\_\_\_ ng/L      NT-proBNP \_\_\_\_\_ ng/L

PaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ kPa med FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

**Hormonell behandling**

Metylprednisolon (Solu-Medrol) givet? Ja  Nej  Om ja, vilken dos? \_\_\_\_\_ mg

Datum: \_\_\_\_\_ Tidpunkt: \_\_\_\_\_