

# Nasjonalt register for LTMV (Langtids mekanisk ventilasjon)

## OPPFØLGINGSSKJEMA VENTILATOR ÅR \_\_

Pasientopplysninger (bruk blokkbokstaver)	
Personnummer:	
Fornavn:	Etternavn:
Adresse:	
Postnr.:	Poststed:

Ventilatorregistrering oppfølging	
Behandlingsstart (år, mnd, dato)	
Regionalt Helseforetak	
Helseforetak	
Sykehus	
Avdeling	
Pasientansvarlig lege	

Måledata før behandlingsstart	
PARAMETER	VERDI
<b>Blodgass (romluft)</b>	
Arteriell pCO <sub>2</sub> (kPa) våken/romluft	
Arteriell pO <sub>2</sub> (kPa) våken/romluft	
Base excess (mmol/l)	
Kapillær pCO <sub>2</sub> våken/romluft	
Kapillær pO <sub>2</sub> våken/romluft	
SpO <sub>2</sub> (%) våken/romluft	
Transkutan CO <sub>2</sub> våken/romluft	
Arteriell/Transkutan pCO <sub>2</sub> (kPa) søvn/romluft	
<b>Respiratorisk polygrafi/polysomnografi</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
AHI/REI (Apnehypopne indeks/Respiratorisk event indeks) per time med ventilator	
<b>Nattlig oksygenmåling med ventilator</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
SpO <sub>2</sub> (%) gjennomsnitt natt	
Prosent av tiden < 90% SpO <sub>2</sub> natt	
ODI (oksygendesaturasjonsindeks) per time	
<b>Nattlig hypoventilasjon påvist med ventilator</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ikke målt <input type="checkbox"/>
Dersom ja til pkt over:	
Andel (%) av natten med hypoventilasjon	
<b>Spirometri</b>	
Vitalkapasitet sittende/stående pasient (VK) (liter)	
Vitalkapasitet liggende (VK) (liter)	
FVK (liter)	
FEV1 (liter/sek)	
PEF <sub>c</sub> (hoste-PEF) (liter/min)	
<b>Ernæring</b>	
Høyde (cm)	
Vekt (kg)	
<i>BMI</i>	
<i>Forsert vitalkapasitet i prosent av forventet (%)</i>	
<i>FEV1 i prosent av forventet (%)</i>	

## Tekniske data

### Behandlingsmetode

- BiPAP  
 Respirator  
 CPAP (barn)

### Frenikusstimulator/ diafragmapacing

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

### Respiratortilslutning

- Trakeostomi      **Dato for trakeostomi:**  
 Non-invasiv (NIV)

### Munnstykkeventilering

- Ja  
 Nei  
 Vet ikke

### Trenger hjelp med tilkobling av BiPAP / respirator

- Ja  
 Nei

### Behandlingstid per døgn

- < 8 timer  
 8 – 12 timer  
 12-23 timer  
 23 - 24 timer

### Brukerdata (maskinavlesning ved oppfølging)

Ja       Nei       Vet ikke

**Gjennomsnittsbbruk siste 3 mnd (90dager), timer og minutter/døgn:**

xx timer      xx minutter

Ukjent

**AHI** fra maskindata siste 3 mnd (90dager): \_\_\_\_  
(3 siffer, 1 desimal)

Ukjent

## Livskvalitet

### Er livskvalitetsspørsmålene besvart (se eget skjema)

- Ja  
 Nei

Epworth Sleepiness Scale:

### Tilleggsutstyr

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Oksygen  |
| <input type="checkbox"/> Fukter   |
| <input type="checkbox"/> Reserverespirator                                      |
| <input type="checkbox"/> Sug  |
| <input type="checkbox"/> Slimmobiliserende maskin ("hostemaskin")               |
| <input type="checkbox"/> Travel Air IPV (Intrapulmonary Percussive Ventilation) |
| <input type="checkbox"/> Skjoldrespirator                                       |
| <input type="checkbox"/> Forstøverinhalasjon                                    |
| <input type="checkbox"/> Pulsoksymeter  |
| <input type="checkbox"/> Sondemat   |

### Dersom Ja til oksygen – Blodgass med oksygen

Blodgass med oksygen valg: arteriell/venøs/transkutan

Arteriell pCO<sub>2</sub> (kPa) med oksygen

Arteriell pO<sub>2</sub> (kPa) med oksygen

Base excess (mmol/l) med oksygen

Kapillær pCO<sub>2</sub> med oksygen

Kapillær pO<sub>2</sub> med oksygen

SpO<sub>2</sub> (%) med oksygen

Transkutan CO<sub>2</sub> med oksygen

### Boform-arbeid-omsorg

#### Pasientens boligform (ett kryss der pasienten er mest)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bor sammen med familie                      |
| <input type="checkbox"/> Bor i servicebolig (personell ved behov)    |
| <input type="checkbox"/> Bor alene                                   |
| <input type="checkbox"/> Bor på institusjon (personell døgnet rundt) |

#### Pasientens bosted

Postnummer

Poststed

Kommune

Fylke

#### Pasientens arbeidssituasjon (ett kryss)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Lønnet arbeid (velges om helt eller delvis i arbeid) |
| <input type="checkbox"/> Uføretrygdet (voksne)                                |
| <input type="checkbox"/> Skoleelev/student                                    |
| <input type="checkbox"/> Pensjonist (voksne)                                  |
| <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt (barn)                                  |

#### Pleie-omsorgstjenester (kryss av for ett eller flere alternativer)

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ulønnede pårørende                  |
| <input type="checkbox"/> Lønnede pårørende                   |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent(er) |
| <input type="checkbox"/> Servicebolig med omsorg             |
| <input type="checkbox"/> Team (8-24t)                        |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien                    |
| <input type="checkbox"/> Ingen                               |

**Øvrig**

Intern kommentar:

**Samtykkeerklæring (sendes til LTMV registeret – Bergen)**Vedlagt?  Ja  Nei**Navn på person som har fylt ut skjema**

Blokkbokstaver:

Underskrift:

Sted og dato: