Sjekkliste ved bruk av Cadd - Legacy™ PCA smertepumpe

Navn															**Fødselsdato**
År	**Dato**														
Medikament - Konsentrasjon mg/ml, ferdig blanding															
Medikament – Døgndose (Antall mg per døgn)															
Signatur lege															
Klokkeslett															
Kassettvolum															
Kontinuerlig hastighet ml/t															
Bolus/PCA (Støt, mengde ml)															
Sperretid min. (Maks bolus per time)															
Bolus akseptert															
Bolus forsøk															
Totalt infundert (ml)															
Luftdetektor (På-høy, på-lav, av)															
Låsenivå															
Skiftet kassett															
Batteribytte															
Skiftet butterfly/epiduralfilter															
Sjekket holdbarhet på kassett															
Sign. av to spl. v/ programmering./ bytte av kassett															
Spl. Sign. v/sjekk per vakt															