

SJEKKLISTE OKSYGENBRUKERE

Ved spørsmål ring Lungemedisinsk dagsenter Sørlandet sykehus: 38073322/28

NAVN:

FØDSELSDATO:

ADRESSE:

HJEMMEBESØK

Dato/år:

Sted:

(egen bolig el. institusjon)

UTSTYR/DOSERING/BRUK:

Utstyr:

Forbruk av bærbare gassflasker pr uke:

Antall timer pr. døgn (bruk av O₂-tilførsel):

Dosering (liter/min.)

i hvile:

i aktivitet:

Pasient er informert om (kryss av)

Røyking

Riktig bruk av utstyr

Plassering av utstyr

Brannfare

Skifte av filter kons.

Viktige tlf.nr.

Bilkjøring

Reise

DIVERSE - info som ikke fremkommer av punktene over

(behov, problemer/hensyn, utstyr, samarbeid – benytt baksiden av arket dersom liten plass)

SIGNATUR

Dato/år:

Kontroll utført av:
(navn, profesjon)

Sone/kommune: