

## Bilaga 1

(Finns för utskrift som pdf-fil på [www.gothiafortbildning.se](http://www.gothiafortbildning.se))**PVC ASSESS****INSTRUMENT FÖR BEDÖMNING AV PERIFER VENKATETER  
AVSEENDE SKÖTSEL, TROMBOFLEBIT OCH DOKUMENTATION**

Datum (år/månad/dag): \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_

Sjukhus: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Vårdavdelning: \_\_\_\_\_ Granskare: \_\_\_\_\_

Patientens personnummer: \_\_\_\_\_

Patientens kön ☐ Man  
☐ KvinnaPatienten är ☐ Högerhänt  
☐ Vänsterhänt**Om patienten har flera PVK används ett formulär för varje PVK.****Välj endast ett svarsalternativ per fråga om inget annat anges.****I: Skötsel av PVK****PVK nummer: \_\_\_\_\_****Ytterförband - se bild 1 på formulärets sista sida**

1. Ytterförband finns

- ☐
- Ja
- 
- ☐
- Nej –
- Om nej, gå till punkt 5**

2. Ytterförbandet är torrt

- ☐
- Ja
- 
- ☐
- Nej

3. Ytterförbandet är synligt rent

- ☐
- Ja
- 
- ☐
- Nej

4. Ytterförbandet täcker hela PVK

- ☐
- Ja
- 
- ☐
- Nej

Ev. kommentar \_\_\_\_\_

**Fixeringsförband - se bild 2 på formulärets sista sida**

5. Fixeringsförband finns  
☐ Ja, transparent  
☐ Ja, annat  
☐ Nej – **Om nej, gå till punkt 11**
6. Fixeringsförbandets utsida är synligt ren  
☐ Ja  
☐ Nej
7. Hela fixeringsförbandet fäster väl vid huden  
☐ Ja  
☐ Nej
8. Fixeringsförbandet täcker insticksstället  
☐ Ja  
☐ Nej
9. Blod finns under fixeringsförbandet  
☐ Ja  
☐ Nej
10. PVKs båda vingar är fixerade med tejpstrips  
☐ Ja  
☐ Nej

Ev. kommentar \_\_\_\_\_

**PVK - se bild 2 på formulärets sista sida**

11. PVK storlek  
☐ Gul 0.7mm/24gauge  
☐ Blå 0.9 mm/22 gauge  
☐ Rosa 1.1 mm/20 gauge  
☐ Grön 1.3 mm/18 gauge  
☐ Vit 1.5 mm/17 gauge  
☐ Grå 1.7 mm/16 gauge  
☐ Orange 2.2 mm/14 gauge
12. PVK lokalisation  
☐ Höger hand  
☐ Höger handled  
☐ Höger underarm  
☐ Höger armveck  
☐ Vänster hand  
☐ Vänster handled  
☐ Vänster underarm  
☐ Vänster armveck  
☐ Annan lokalisation, ange var \_\_\_\_\_
13. Locket på injektionsporten är stängt  
☐ Ja  
☐ Nej
14. Infusionsaggregat är anslutet  
☐ Ja – **Om ja, gå till punkt 16**  
☐ Nej
15. Synliga rester av blod eller näringslösning finns i PVK  
☐ Ja  
☐ Nej

Ev. kommentar \_\_\_\_\_

**Trevägskran/injektionsventil - se bild 2, 3 och 4 på formulärets sista sida**

16. Trevägskran eller injektionsventil finns  
☐ Ja (bild 3 och 4)  
☐ Nej – **Om nej, gå till punkt 21**
17. Trevägskran eller injektionsventil är fixerad intill PVKs luerfattning (bild 2)  
☐ Ja  
☐ Nej
18. Trevägskran eller injektionsventil är fixerad på annat sätt  
☐ Ja  
☐ Nej
19. Infusionsaggregat är anslutet  
☐ Ja – **Om ja, gå till punkt 21**  
☐ Nej
20. Synliga rester av blod eller näringslösning finns i trevägskran eller injektionsventil  
☐ Ja  
☐ Nej

Ev. kommentar \_\_\_\_\_

**II a: Granskarens bedömning av tecken på tromboflebit****Tecken på tromboflebit vid PVK insticksområde**

21. Rodnad finns vid insticksområdet  
☐ Ja - Om ja, ange uppmätt storlek: Längd \_\_\_\_ mm Bredd \_\_\_\_ mm  
☐ Nej  
☐ Kan ej bedöma, ange orsak: \_\_\_\_\_
22. Svullnad finns vid insticksområdet  
☐ Ja - Om ja, ange uppmätt storlek: Längd \_\_\_\_ mm Bredd \_\_\_\_ mm  
☐ Nej  
☐ Kan ej bedöma, ange orsak: \_\_\_\_\_
23. Pus (varig sekretion) finns vid insticksstället  
☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Kan ej bedöma, ange orsak: \_\_\_\_\_
24. Palpabel förhårdnad eller knöl finns vid insticksområdet  
☐ Ja  
☐ Nej  
☐ Kan ej bedöma, ange orsak: \_\_\_\_\_
25. Röd sträng/rodnad finns längs venen  
☐ Ja - Om ja, ange uppmätt storlek: Längd \_\_\_\_ mm Bredd \_\_\_\_ mm  
☐ Nej
26. Palpabel hård sträng finns längs venen  
☐ Ja - Om ja, ange uppmätt storlek: Längd \_\_\_\_ mm Bredd \_\_\_\_ mm  
☐ Nej

Ev. kommentar \_\_\_\_\_



## II b: Patientens bedömning av symptom på tromboflebit

### Smärta relaterad till PVK

27. Kan patienten kommunicera

☐ Ja

☐ Nej - Om nej ange orsak \_\_\_\_\_ och stanna här

Fråga patienten: Upplever du smärta av din PVK?

28. Smärta finns – flera svarsalternativ möjliga

☐ Ja, vid insticksområdet

☐ Ja, längs venen

☐ Ja, men patienten kan ej särskilja var det gör ont

☐ Nej

29. Upplevd smärtintensitet

**(OBS! Denna fråga besvaras oavsett om svar Ja eller Nej på fråga 28)**

Be patienten gradera smärta relaterad till PVK med en siffra från 0 till 10

Markera patientens svar med kryss i motsvarande ruta

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| Ingen smärta             |                          |                          |                          |                          | Värsta tänkbara smärta   |                          |                          |                          |                          |                          |

Ev. kommentar \_\_\_\_\_

### Palpationssmärta relaterad till PVK

Palpera varsamt med fingertoppen på ett område lika stort som fixeringsförbandet och uppåt längs venen

Fråga patienten: Upplever du smärta när jag trycker lätt med fingertoppen mot huden vid PVK?

30. Palpationssmärta finns - flera svarsalternativ möjliga

☐ Ja, vid insticksområdet

☐ Ja, längs venen

☐ Ja, men patienten kan ej särskilja var det gör ont

☐ Nej

31. Upplevd intensitet av palpationssmärta

**(OBS! Denna fråga besvaras oavsett om svar Ja eller Nej på fråga 30)**

Be patienten gradera palpationssmärta relaterad till PVK med en siffra från 0 till 10

Markera patientens svar med kryss i motsvarande ruta

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| Ingen smärta             |                          |                          |                          |                          | Värsta tänkbara smärta   |                          |                          |                          |                          |                          |

Ev. kommentar \_\_\_\_\_

### III: Dokumentation av PVK i patientens journal

#### Insättande av PVK finns dokumenterad med följande uppgifter

32. Datum  
☐ Ja Om ja, ange datum (år/månad/dag) \_\_\_\_\_  
☐ Nej

33. Tidpunkt  
☐ Ja Om ja, ange klockslag \_\_\_\_\_  
☐ Nej

34. Signatur  
☐ Ja  
☐ Nej

35. Storlek på PVK (färg och/eller mm)  
☐ Ja Om ja, ange storlek \_\_\_\_\_  
☐ Nej

36. Sida (höger eller vänster)  
☐ Ja Om ja, ange sida \_\_\_\_\_  
☐ Nej

37. Lokalisation  
☐ Ja Om ja, ange lokalisation \_\_\_\_\_  
☐ Nej

38. Annan uppgift  
☐ Ja Om ja, ange vad \_\_\_\_\_  
☐ Nej

Ev. kommentar: \_\_\_\_\_

#### Borttagande av PVK finns dokumenterad med följande uppgifter

39. Datum  
☐ Ja Om ja, ange datum (år/månad/dag) \_\_\_\_\_  
☐ Nej

40. Tidpunkt  
☐ Ja Om ja, ange klockslag \_\_\_\_\_  
☐ Nej

41. Signatur  
☐ Ja  
☐ Nej

42. Storlek på PVK (färg och/eller mm)  
☐ Ja Om ja, ange storlek \_\_\_\_\_  
☐ Nej

43. Sida (höger eller vänster)  
☐ Ja Om ja, ange vilken sida \_\_\_\_\_  
☐ Nej

44. Lokalisation  
☐ Ja Om ja, ange lokalisation \_\_\_\_\_  
☐ Nej

45. Insticksställets utseende  
☐ Ja Om ja, ange vad \_\_\_\_\_  
☐ Nej

Ev. kommentar: \_\_\_\_\_

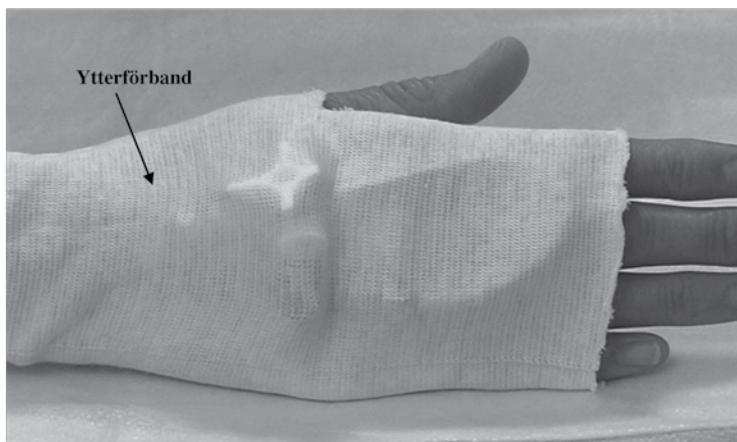


Bild 1. PVK med rent och torrt ytterförband.

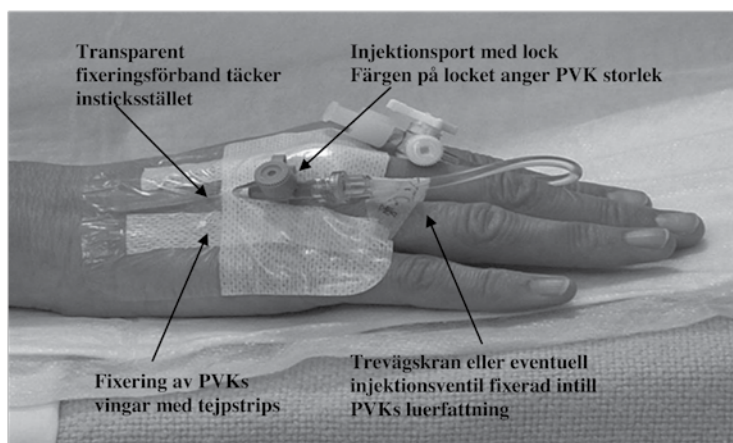


Bild 2. PVK med rent och torrt fixeringsförband, fixerade vingar, trevägskran är fixerad intill PVK's luerfattning. Locket på injektionsporten är stängt.

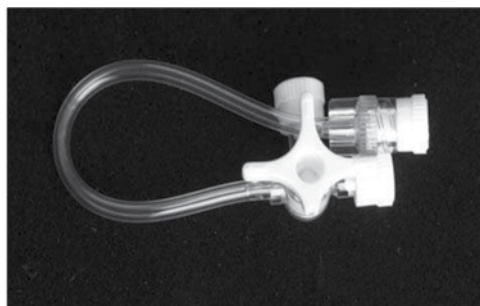


Bild 3. Trevägskran



Bild 4. Variant av injektionsventil. Det finns olika fabrikat.

Fotografierna är reproducerade med tillstånd av Karolinska Universitetssjukhuset.