

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------|
|  | | Foretaksnivå | | | Generelt dokument |
| Tiltakskort Vakthavende anestesilege traumeteam SSK | | | | | Side 1 av 2 |
| Dokumentplassering: I.4.21.4-5 | Godkjent dato: 09.04.2024 | Revideres innen: 09.04.2026 | Sist endret: 09.04.2024 | Revisjon: 7.00 | |

Foretaksnivå/Fagspesifikke prosedyrer/Traumatologi/Tiltakskort SSK
 ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: []

TILTAJKSKORT **VAKTHAVENDE ANESTESILEGE TRAUMETEAM**

Før pasienten kommer:

- Møt på akuttrom 1, få oversikt over inngående melding med skadeomfang og alvorlighetsgrad
- Vurder behov for å tilkalle bakvakt
- Presentere eventuell plan for anestesiteamet (utstyr, anestesiresurser)
- Skrive opp navnet ditt på tavle, akuttrom 1

Ved melding om hendelse der det kan komme flere alvorlig skadde pasienter enn det sykehuset kan stille traumeteam for, har hvert enkelt teammedlem ansvar for innkalling av ekstra mannskap for sin funksjon jfr. [Aktivering av traumeteam SSHF](#)

Ved behov sammen med teamleder, koordinator i Akuttmottak og ev. medisinsk vakthavende lege vurdere å iverksette GUL eller RØD beredskap.

Når pasienten kommer:

- Lytte til rapport
- Lede overflyttingen fra bære til skadebord
- Sikre luftveier og nakke, vurdere oksygenering og ventilasjon, evt. intubere
- Sørge for adekvat monitorering (arteriekanyle på indikasjon)
- Være behjelpelig med å sikre gode venetilganger (CVK etter individuell vurdering)
- Lede resuscitering (Væske/blodprodukter) i samarbeid med teamleder
- Styre analgesi, anestesi, sedasjon
- Formidle fysiologiske data høyt og tydelig til hele teamet
- Følge pasienten
- Evt melde pasient til intensiv

| | | | | |
|---|---|----------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Utarbeidet av: Traumeansvarlig overlege anestesi SSK K.A. Menning og fagansvarlig anestesisykepleier H.S. Ose | Fagansvarlig: Nils Christian Ween - Velken | Verifisert av: [] | Godkjent av: Mikkel Peter Høiberg | Dok.nr: D13456 |
|---|---|----------------------|--------------------------------------|-------------------|

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
|  SØRLANDET SYKEHUS | | Tiltakskort Vaktstående anestesilege traumeteam SSK | | | Side: 2 Av: 2 |
| Dokument-id: I.4.21.4-5 | Utarbeidet av: Traumeansvarlig overlege anesthesi SSK K.A. Menning og fagansvarlig anestesisykepleier H.S. Ose | Fagansvarlig: Nils Christian Ween - Velken | Godkjent dato: 09.04.2024 | Godkjent av: Mikkel Peter Høiberg | Revisjon: 7.00 |

Foretaksnivå/Fagspesifikke prosedyrer/Traumatologi/Tiltakskort SSK

Anestesi ved traumer

- In- line stabilisering av nakke
- Preoksygenering, RSI, evt. cricoidtrykk
- RSI:
 - Ketamin 2 mg/kg iv (reduser dose ved hypovolem pasient).
 - Midazolam 1-5 mg (redusert dose eller utelates ved hypovolem pasient)
 - Barn 0,07- 0,1 mg/kg
 - Suksametonium 1-1,5 mg/kg iv. (evt rocuronium 1,2 mg/kg dersom det foreligger kontraindikasjoner mot curacitt)
 - Vurder atropin (0,01 mg/kg)
 - Adrenalin 10 mikrogram/ml (adrenalin 1 mg/ml fortynnet 1:100) kan gis i små doser ved trykkfall

Vedlikehold av Anestesi

- Fragmenterte doser ketamin (0,5-1,0 mg/kg), fentanyl og midazolam etter klinisk vurdering. Eller
- Ketamininfusjon 4-6 mg/kg/t kombinert med fragmenterte doser fentanyl og midazolam etter klinisk vurdering
- Nevromuskulære blokkere gis kun på indikasjon
- Dersom blødningskontroll er oppnådd og pasienten er hemodynamisk normal kan annen anestesi benyttes (inhalasjonsanestesi, propofol)

Analgesi

Fentanyl eller Ketamin etter klinisk vurdering