

BARN PÅ INTENSIV, SJEKKLISTE.

 Dokument ID:
II.SOK.AIO.SSK.2.a-37

 Gruppe:
 □

 Godkjent dato:
18.06.2024

 Gyldig til:
18.06.2026

 Revisjon:
3.06

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Hensikt og omfang

Formålet med retningslinjen er å sikre rask oversikt og kontroll ved overtakelse av pasient i vaktskiftene.

Pågående behandling og medisinerings kontinueres som forordnet.

Utstyr fungerer og har riktige innstillinger.

Beredskap for akutsituasjoner/ forverring.

Ansvar

Fagutviklingssykepleier er ansvarlig for oppfølging og endring av dokumentet.

Den enkelte sykepleier er ansvarlig for å følge retningslinjer samt å holde seg oppdatert.

Dette er en sjekkliste når du har ansvar for et barn på intensiv
AKUTTBEREDSKAP

Sjekk først at du har beredskap for en akutsituasjon (A-B-C):

- **Bag m/maske:** sjekket, i riktig størrelse og koplet til O2 manometer i veggen
- **Peep-ventil** (ved peep over 5 cm H2O)
- **Svelgtube** i riktig størrelse
- **Tube i reserve** (endotrakealtube)/trakeostomitube) i riktig størrelse, samt spriketang ved tracheostomert pasient tilgjengelig ved pasientsengen
- **Sugekolbe og slange** (klargjort og sjekket, med 20 mmHg sugestyrke)
 - **Lukket sug** tilpasset tubestørrelse
 - **Sugekateter** til ETT og til svelg, sterile hansker
- **Ledig intravenøs inngang**, sjekket og skylt med NaCl.
- **Barneakuttskjema**, med riktig vekt
- **Ved forordning:**
Aktuelle akuttmedisiner trukket opp. Nb! Holdbarhet og merking av sprøyter.
Aktuell væske for akutt væskebehandling hengende klar.

RESPIRASJON	Observasjon/MTU	Merknad
Respiratorpasient:	Tubestørrelse	Ekstra tube henges på senge-ende
	Tubeosisjon	Rtg svar: cm over carina – ønskelig 1 cm?
	Tubefiksasjon	Cm i tanggard eller nesebor, dokumenteres på intensivkurve
	Tubelekkasje	Dokumenteres i evaluering, leieavhengig?
	Hamilton C6	Under 15 kg: barneslanger og barnemodus Over 15 kg: vokseslanger og voksen modus
	Respiratorinnstillinger	Respiratormodus, alarmgrenser tilpasset målte verdier (NB! topstrykk, minuttvolum)
Respirasjon generelt	Respirasjonssfrekvens	Telles i ett minutt, bruk PEVS-kort til vurdering av avvik
	Nesepuster?	Under ca 6 mndr, obs tett nese, lytt over thorax
	Respirasjonsarbeid	Inndragninger, nesevingespill
	Respirasjonslyder	Hørbare lyder: hvesing, obstruktivitet
		Ved auskultasjon: redusert lyd, sidelikt, endring før og etter inhalasjoner?
	Hostekraft	Hoster barnet helt opp og svelger

Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-37	Utarbeidet av: Siv Aanestad	Fagansvarlig: Ole Georg Vinorum	Godkjent dato: 18.06.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 3.06
---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------	---	-------------------

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

SIRKULASJON	Observasjoner/MTU	Merknad
	Væskeregnskap	Balanse dokumenteres hver time ved alvorlige tilstander, dvs inn/ut/balanse x pr time, lag egen plass på intensivkurve
	Blodprøver	Registrer blodtap i MV
	Kapillærfyllning	Trykk i 5 sekunder på panne/brystben, 1-2 sekunder er normalverdi
	Ødemutvikling	Vanlig hos barn på respirator, spesielt over øyne, ansikt og perifert. Dokumenter i evaluering.
	Intravenøse innganger/PVK/filter	Observer innstikksted, hevelse, rødhet min 2 ganger pr vakt. Flush x 1 pr vakt med NaCl 9mg/ml, hvis ikke kontinuerlig infusjon. Sjekk holdbarhet på aktuelle intravenøse filtre i bruk.
	Hud: farge, temp, tørr/klam, marmorering	NB! Blekt barn kan være dårlig tegn, cyanose kommer sent hos hjertefriske
	Daglig vekt	Hvis tilstanden tillater det, viktig ift å måle akkumulert væske
	Temperatur	Måles i blære fra kateter str 08, ellers rektalt eller aksillært
	Buktrykk	Måles med samme utstyr som til voksne
MTU	IABP	Trykkmansjett 200 mmHg til barn over 15 kg Barnesett med sprøytepumpe 1-3 ml/t til barn under 15 kg
	NIBP	Mansjett skal dekke 2/3 av barnets overarm (eller lår/legg)
	Vurder TED-strømper	Samarbeid med ansvarlig lege og fysioterapeut
BEVISSTHET	Observasjoner/MTU	Merknad
	GCS, modifisert skala til barn uten språk Ca under 2 år	NB! Hvert 15-30 minutt ved mistenkt hodeskade
	Pupiller	Størrelse før sammentrekning, lysreaksjon (+), symmetri, treghet
	RASS/BPS	Angi smerter/våkenhet
	Mental tilstand	Våken, normal kontakt/interesse for omgivelser, somnolent, reaksjon kun på ubehag
	Kommunikasjon	Verbale uttalelser, ansiktsmimikk, type gråt
	Ved kramper	Dokumentere: type, varighet, eget registreringskjema
	Hodeomkrets, fontanelle	Daglig vurdering ved mistanke om hodeskade, infeksjon, ødem, over-underhydrering, gjelder mest barn under 6-12 mndr
SMERTER		
	Lokalisering, grad	Bruke NRS, FLACC til barn under 7 år
ERNÆRING		
	Kontroll av posisjon	Kontroll før hver bruk, dokumentasjon på kurve av cm i neseving/munnvik
	Ventrikelretensjon	Vurderes ift alder og måltidsstørrelse
	Ernæringsfysiolog	Vurder henvendelse sammen med ansvarlig lege
ELIMINASJON		
	Timediurese	Mål 1-2 ml/kg/t
	Veie bleier	Gjøres også ved avføring i bleia
	Bruk blærekateter etter tabell	Størrelse 06 og oppover. OBS: blir lett knekk på kateter 06 og 08
HUD		
	Obs trykkmerker	SaO2-måler-bytt posisjon min 2-4 ganger pr vakt, tynn hud hos de minste, får lett sår
AKTIVITET/HVILE		
	VIKTIG. Tilstrekkelig søvn og hvile	Lag plan for vekten slik at det blir nok hvile/søvn Samle stell og undersøkelser i passe store økter
	Barnet bør ikke ha dyne som underlag	Blir redusert effekt ved økt respirasjonsarbeid, kan gi forhøyet temperatur med økt respirasjon og hjertefrekvens Bruk rullede helseteppe(r) som støtte, frottebleie som underlag
	Registrer endring i tilstand ved ulikt leie	Mageleie ofte gunstig for spebarn (u 3mnd)
	Muskeltonus	Slappere eller økt muskeltonus, sideforskjell, over og underkstremiteter. Observer muskelkontroll og finmotorikk

Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-37	Utarbeidet av: Siv Aanestad	Fagansvarlig: Ole Georg Vinorum	Godkjent dato: 18.06.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 3.06
---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	------------------------------	---	-------------------

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Intensiv - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Fysioterapi, mobilisering

SOSIALT	Tiltak	Merknad
	Barn bør skjermses fra støy og skremmende lydinntrykk	Enerom
	Navn og telefonnummer til foreldre på eget ark på PC	
	Foreldre har rett til å være tilstede hele tiden	Ønskelig at de er mesteparten av tiden hos barnet, men bør oppfordres til å ta pauser også
	Overnatting foreldre	Kan evt sove inne på pasientrommet Evt barneposten, Habu (nyfødt har vanligvis tilgang)
	Delta i stell	Vise foreldrene hvordan de kan bidra i stell ved mye utstyr Hente opplysninger fra foreldre om barnets ulike preferanser og trivselstegn. Ha med favorittbamse, kosefille etc
	Behov for skole, barnehage	Kontakte barneposten for videreformidling til lærer, førskolelærer
	Sosionom, barnepsykiater	Kartlegge behov i samarbeid med foreldre

Kryssreferanser
[NIV til barn på Servo I](#)
[Mottak av kritisk sykt barn på Intensiv](#)
[Diabetisk ketoacidose hos barn](#)
Eksterne referanser