

FOKUSERAT LUNGULTRALJUD

Undersökningsformulär



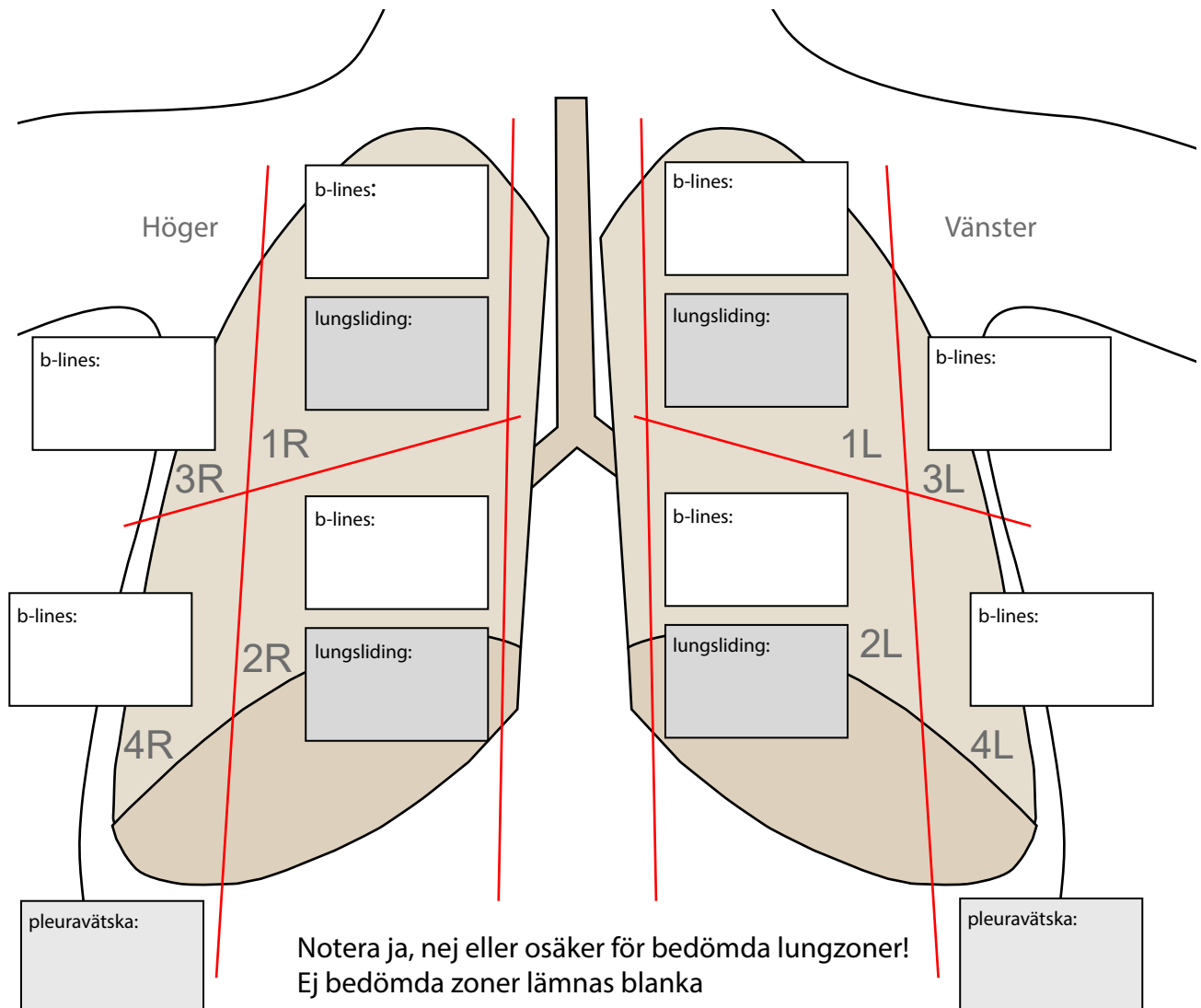
Undersökare _____
Handledare _____
Datum _____
Undersökning nr _____
Patient (avidentifierad) _____

Resultat: godkänd bör upprepas

Kommentar från handledare:

Handledares signatur:

Spontanandning: Mek ventilation: Resp inställn: _____ Saturation: AF:



B-lines (>2 per zon):

- Fokala
- Interstitiellt syndrom
- Nej
- Osäkert

Pneumothorax:

- Ja - lungpoint markerad
- Nej
- Osäkert

Pleuravätska:

- Ja Uppskattad mängd (ml): _____
(Max avstånd mellan pleurablåd (mm) x 20)
- Nej
- Osäkert

Kommentar från undersökare: