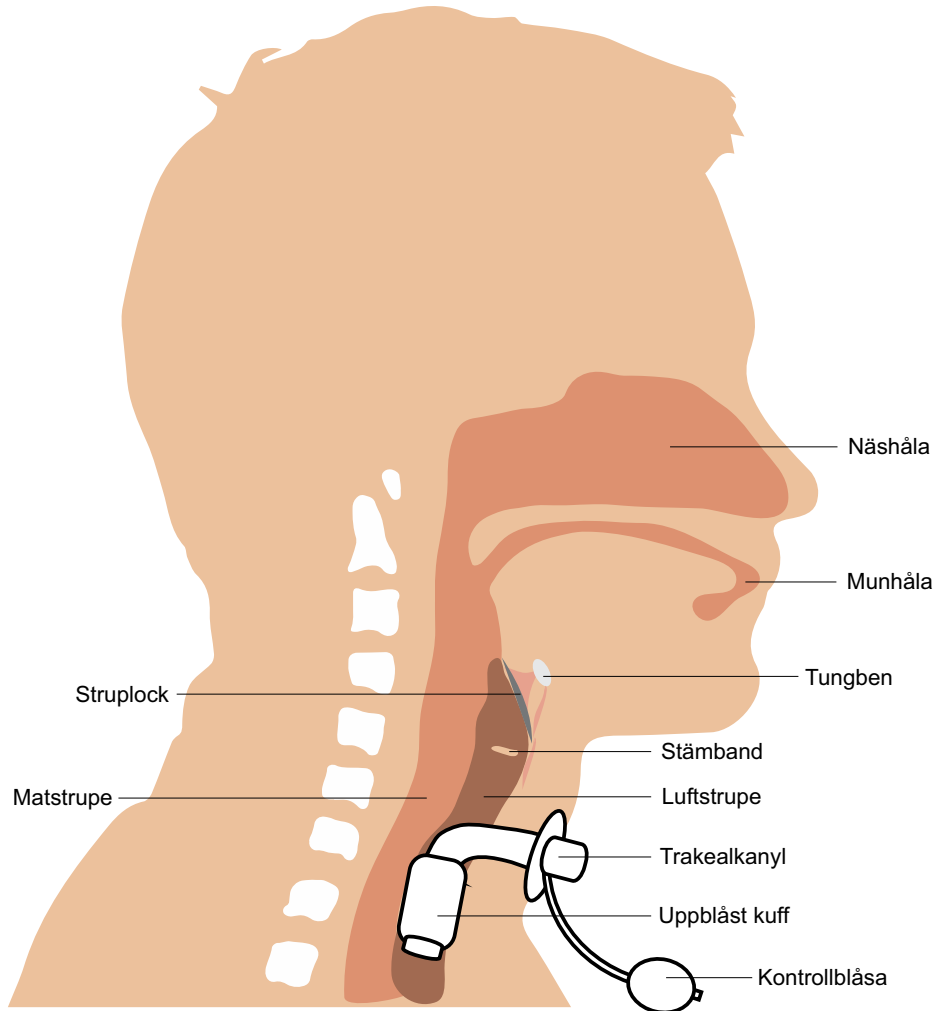


# Den här patienten är TRAKEOTOMERAD



Vid kanylbyte ska dokumentet ersättas med ett nytt

Personnr	Namn
----------	------

## Typ av operation

Kirurgisk       Perkutan

## Datum för operation

## Indikation

Övre luftvägs-       Lång       Profylaktiskt   
hinder      ventilatorvård

## Typ av trakealkanyl:

Storlek:

Kuff      Ja       Nej

Innerkanyl      Ja       Nej

Fenestrerad      Ja       Nej

## Får patienten använda röstventil?

Ja       Nej

## Finns anatomisk passage kranialt om stomat?

Ja       Nej