

Hovedelementene i en endoskopirapport

Informasjon som bør inkluderes

Formelle/administrative opplysninger

- Endoskopi fasiliteter
- Pasient ID
- Endoskopisk prosedyre (hovedkategori)
- Dato, tid, lokalisasjon
- Elektiv/ø-hjelps prosedyre/poliklinisk/inneliggende
- Endoskopør(er)
- Endoskopi sykepleier(e)
- (Anestesist/sykepleier)
- Henvisende lege, øvrige adressater

Pasientinformasjon

- Indikasjon (MST 3.0)
- Kort aktuell og tidligere sykehistorie inkludert relevant familiehistorie
- Riskovurdering: ASA-score og andre spesifikke riskofaktorer (antikoagulasjon, infeksjons risiko, elektromedisinsk risiko)
- Gitt informasjon /informert samtykke

Tekniske opplysninger

- Sedasjon/medikamenter
- Utstyr som ble brukt(endoskop)
- Visuell kvalitet
- Nådd nivå
- Tekniske eller prosedyrerelaterte aspekter
- Patient reported outcome measure (PROM)

Funn

- MST 3.0

Terapi/prosedyre(r)

- MST 3.0 Inkludert prosedyrekoder (NCSP) knyttet til relevant funn

Prøvetakning

- MST 3.0 Type, og hvis relevant knyttet til individuelle funn

Bilder

- Knyttet til individuelle funn

Uønskede hendelser per prosedyre

- MST 3.0

Vurdering

- Inkludert anbefalinger, ICD10koding

Oppfølgingsplan

- (Patologirapport) – bør kunne knyttes til aktuell rapport post hoc
- (Uønskede hendelser etter prosedyre) - not an item of the initial report, but should be possible to add and linkable to the procedure post hoc.

Komplikasjonsregistrering