



ФОРМУЛЯР ЗА ДОКУМЕНТАЦИЯ НА ИНТРАВЕНОЗЕН ДОСТЪП

Лечебно заведение "Комплексен онкологичен център - Шумен" ЕООД

Отделение

Име на пациента

Запис на интравенозния достъп и ежедневна инспекция

Тип на катетъра	Място на въвеждане	Име на лекаря, медицинска сестра въвели катетъра	Дата на поставяне	Ежедневна инспекция и смяна на стерилната превръзка час / подпис	Дата на отстраняване	Име на отстранява катетъра	Причини за отстраняване
ПВК <input type="checkbox"/> Периферен венозен катетър			първи ден				<input type="checkbox"/> 1. Зачервяване
ЦВК <input type="checkbox"/> Централен венозен катетър			втори ден				<input type="checkbox"/> 2. Болка
ПАК <input type="checkbox"/> Периферен артериален катетър			трети ден				<input type="checkbox"/> 3. Хематом
							<input type="checkbox"/> 4. Тромбофлебит
							<input type="checkbox"/> 5. 72 часа след включване
							<input type="checkbox"/> 6. Пациента сам