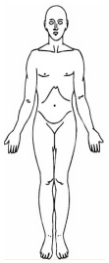
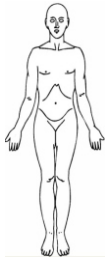
KARTA OBSERWACJI
PACJENTA Z ZAŁOŻONYM OBWODOWYM DOSTĘPEM NACZYNIOWYM

Imię i nazwisko pacjenta .....

(pieczątka oddziału)

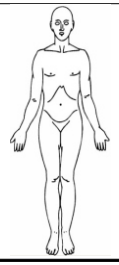
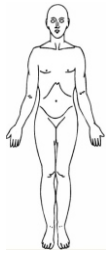
data i godzina założenia	miejsce założenia	pieczątka i podpis osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)			

data i godzina założenia	miejsce założenia	pieczątka i podpis osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)			

data i godzina założenia	miejsce założenia	pieczątka i podpis osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)	0 1 2 3 4 5 (podpis i pieczątka pielęgniarki)			

Admed® MEDICAL PARTNER
Ogólnopolskie Centrum Zaopatrzenia Medycznego
infolinia 24/7:+48 792 863 761 tel./fax. 62 751 24 02 / (62) 30 70 666
www.admed.org.pl zamówienia: sklep@admed.org.pl klient@admed.org.pl

Imię i nazwisko pacjenta: .....

data i godzina założenia	miejsce założenia	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			0 1 *2* 3 4 *5* (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 *2* 3 4 *5* (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
data i godzina założenia	miejsce założenia	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 *2* 3 4 *5* (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
data i godzina założenia	miejsce założenia	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			0 1 *2* 3 4 *5* (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 *2* 3 4 *5* (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
data i godzina założenia	miejsce założenia	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg	data	data	data	data	data i godzina usunięcia	uwagi	podpis i pieczątka osoby wykonującej zabieg
			**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			
			0 1 *2* 3 4 *5* (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)	**0 1 *2* 3 4 *5*** (podpis i pieczątka pielęgniarki)			

Obserwacja miejsca wkłucia - objawy:

0 - Miejsce założenia dostępu obwodowego bez zmian
1 - Wystąpienie co najmniej jednego z wymienionych objawów: słaby ból wokolicy wkłucia, lekkie zaczerwienie skóry
2 - Wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych objawów: słaby ból wokolicy wkłucia, rumień, obrzęk
3 – Wymiana kaniuli zgodnie z procedurą po 72h.
4 – Samoistne wypadnięcie kaniuli ze światła żyły.
5 – Usunięcie kaniuli – zakończenie leczenia.

Medical Partner