

KARTA KANIULACJI ŻYŁY CENTRALNEJ

Data/...../20..... Oddział.....

Imię i nazwisko pacjenta.....wiek.....lat

Lekarz kierujący.....

Wskazania : brak dostępu obwodowego ; żywienie pozajelitowe ; farmakoterapia ; hemodializa ; elektroda endokawitarna ; cewnik Swan-Ganza ; Inne

Bad. labolatoryjne : prawidłowe ; nieprawidłowe : PLT.....tyś/ml, INR..... ApTT..... brak

Świadoma zgoda na kaniulację żyły centralnej:

Podczas rozmowy z dr..... została/em dokładnie poinformowana/y o celu wykonania zabiegu kaniulacji żyły centralnej oraz proponowanych miejscach wkłucia. Otrzymałam/em informację o najczęstszych możliwych powikłaniach jak krwiak, odma opłucnowa, uszkodzenie naczynia, zakrzepica, zaburzenia rytmu, zatrzymanie krążenia. Mogłam/em zadać wszystkie pytania dotyczące ryzyka związanego z tą procedurą i powikłań stąd wynikających. Czuję się dostatecznie poinformowana/y i świadomie oraz dobrowolnie, po gruntownym przemyśleniu, zgadzam się na proponowany zabieg.

Data...../...../20.... Podpis pacjenta.....

Uwagi.....

Kaniulacja żyły centralnej

Miejsce kaniulacji	Sala wkłuć <input type="checkbox"/> ; Blok operacyjny <input type="checkbox"/> ; Inne <input type="checkbox"/>	
Miejsce wkłucia	żyła szyjna wewnętrzna	<input type="checkbox"/> prawa; <input type="checkbox"/> lewa
	żyła podobojczykowa	<input type="checkbox"/> prawa; <input type="checkbox"/> lewa
	żyła udowa	<input type="checkbox"/> prawa; <input type="checkbox"/> lewa
Rodzaj kaniuli	cewnik dializacyjny <input type="checkbox"/> ; wkłucie centralne <input type="checkbox"/> ; śluza <input type="checkbox"/> .	
	liczba kanałów.....	długość.....cm
Prowadnicę usunięto w całości <input type="checkbox"/> ; wlew kroplowy prawidłowy <input type="checkbox"/> ; wypływ wsteczny prawidłowy <input type="checkbox"/> ;		
Kanały wypełniono heparyną <input type="checkbox"/> ; Tunelizacja <input type="checkbox"/> ;		
Kontrola : USG <input type="checkbox"/> ; ramię C <input type="checkbox"/> ; Potwierdzono prawidłowe położenie wkłucia <input type="checkbox"/> ;		
Zlecono kontrolne rtg klp <input type="checkbox"/>		

Podpis lekarza