

ZAPISNIK EKSTRAVAZACIJE

Datum: _____

Ura: _____

Nalepka pacienta/ke

Citostatik: _____

Uporabljena kanila:

☐ i.v. kanila ☐ drugo _____

velikost: _____ G

kanila fiksirana z: _____

Mesto vboda:

☐ desna roka ☐ leva roka ☐ VAP

☐ komolčna kotanja ☐ notranja stran podlakti ☐ zunanja stran podlakti

☐ zapestje ☐ prstni sklep

Ali je bilo na roki več simptomov vboda? ☐ da ☐ ne

Ali je bil pri pacientu na okolišini pred aplikacijo i.v. terapije prisoten kateri od teh simptomov:

- ☐ Limfedem
☐ Hemo
☐ Odsotnost refluksa krvi

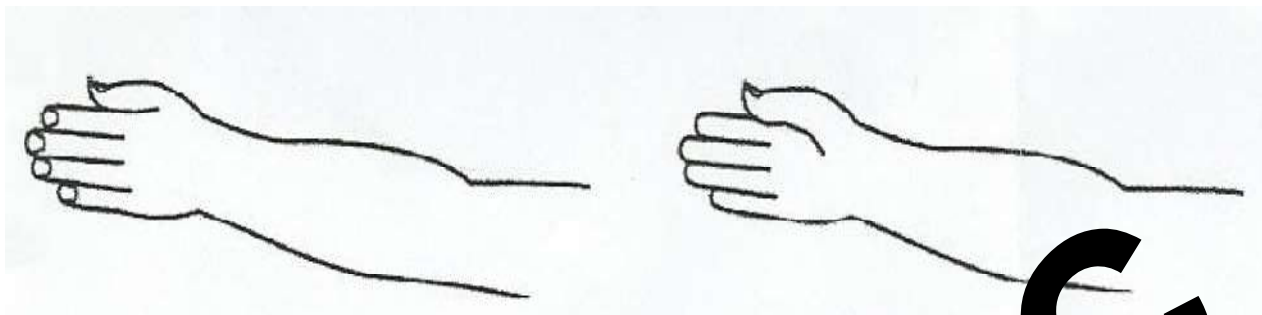
Stanje vene:

- ☐ mehka, upogljiva ☐ krhka, porozna ☐ trda ☐ vozličasta
☐ tanka ☐ drugo _____

Način aplikacije protirakavega zdravila:

☐ bolus ☐ infuzija ☐ infuzijska črpalka ☐ elastomer

Označite mesto ekstravazacije na sliki:



Velikost: _____ cm X _____ cm

Približna ocena količine paravenozno apliciranega protirakavega zdravila: _____ ml.

Vrstni red aplikacije proti rakavih zdravil:

ZDRAVILO	ODMEREK	POVZEMEN
1.		ml
2.	mg	ml
3.	mg	ml
4.	mg	ml
5.	mg	ml

Opazena ekstravazacija

- ☐ med aplikacijo protirakavega zdravila
☐ takoj po aplikaciji protirakavega zdravila
☐ _____ ur po aplikaciji protirakavega zdravila
☐ _____ dni po aplikaciji protirakavega zdravila

Kdo je opazil ekstravazijo?

☐ bolnik ☐ tehnik zn ☐ dipl.m.s. ☐ zdravnik

Ali je bil bolnik seznanjen z možnostjo pojava ekstravazacije?

☐ da ☐ ne

Bolnikova izjava:

Aspiracija proti rakavega zdravila:

☐ da ☐ ne

Količina aspirirane tekočine: _____ ml.

Aplikacija priporočenega antidota:

☐ da, kateri: _____ količina: _____ ml

☐ ne

Aplikacija obkladkov:

☐ topli

☐ hladni

Dodatni ukrepi:

Informiranje pacienta o nadaljnjih obiskih:

☐ ne ☐ da, datum: _____

Datum kontrole: _____

Sodelujoči zdravstveni tim:

Zdravnik: _____

Dipl. m.s.: _____

Ekstravazacija:

1. Prvi obisk (v 24 – 48 urah). Datum: _____
2. Sledeči obiski (5., 7., 14. dan ali po potrebi). Datum: _____
