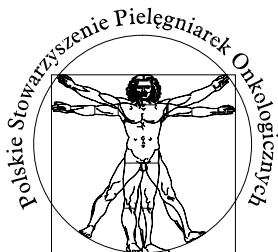


Książeczka obserwacji i obsługi zaimplantowanego portu dożylnego



Informacje o porcie

Nazwa i Adres Placówki wydającej książeczkę /pieczętka/

Książeczka należy do: Imię i Nazwisko

Adres pacjenta:

Pesel:

Data zaimplantowania portu:

Ośrodek, w którym zaimplantowano port:

Nr katalogowy portu

Nr serii portu

Długość zaimplantowanego cewnika

Możliwość iniekcji pod wysokim ciśnieniem Tak Nie

Możliwość wykonania badania MRI* Tak Nie

*patrz strona nr 14

Szanowna Pani, Szanowny Panie

Mając na względzie prawidłowe i bezpieczne działanie założonego u Pani / Pana portu dożylnego, prosimy o każdorazowe zabieranie ze sobą tej książeczki, gdy będzie planowane użycie portu (np. podanie kroplówki, zastrzyku, pobranie krwi, płukanie portu).

Będziemy mogli każdorazowo wpisać wszystkie potrzebne informacje, a dzięki temu Pani / Pana port będzie mógł być właściwie obsługiwany przez personel medyczny.

Dziękujemy.

miejsce na kartę pacjenta

Data Szpital/ Przychodnia	Typ zabiegu**	Refluks krwi O – obecny B - brak N - niepewny	Objawy niepożądane 0 - brak objawów ubocznych 1 - objawy zakażenia 2 - objawy zakrzepicy	Pieczętka i podpis Pielęgniarki

** P- płukanie H- heparynizacja K- korek heparynowy W- wlew dożylny cytotatyku C- iniekcje leków p/nowotworowych I- inne iniekcje K- podanie kontrastu B -pobranie krwi

Data Szpital/ Przychodnia	Typ zabiegu**	Refluks krwi O – obecny B - brak N - niepewny	Objawy niepożądane 0 - brak objawów ubocznych 1 - objawy zakażenia 2 - objawy zakrzepicy	Pieczętka i podpis Pielęgniarki

** P- płukanie H- heparynizacja K- korek heparynowy W- wlew dożylny cytostatyku C- iniekcje leków p/nowotworowych I- inne iniekcje K- podanie kontrastu B -pobranie krwi

Data Szpital/ Przychodnia	Typ zabiegu**	Refluks krwi O – obecny B - brak N - niepewny	Objawy niepożądane 0 - brak objawów ubocznych 1 - objawy zakażenia 2 - objawy zakrzepicy	Pieczętka i podpis Pielęgniarki

** P- płukanie H- heparynizacja K- korek heparynowy W- wlew dożylny cytotatyku C- iniekcje leków p/nowotworowych I- inne iniekcje K- podanie kontrastu B -pobranie krwi

Data Szpital/ Przychodnia	Typ zabiegu**	Refluks krwi O – obecny B - brak N - niepewny	Objawy niepożądane 0 - brak objawów ubocznych 1 - objawy zakażenia 2 - objawy zakrzepicy	Pieczętka i podpis Pielęgniarki

Data Szpital/ Przychodnia	Typ zabiegu**	Refluks krwi O – obecny B - brak N - niepewny	Objawy niepożądane 0 - brak objawów ubocznych 1 - objawy zakażenia 2 - objawy zakrzepicy	Pieczętka i podpis Pielęgniarki

** P- płukanie H- heparynizacja K- korek heparynowy W- wlew dożylny cytotatyku C- iniekcje leków p/nowotworowych I- inne iniekcje K- podanie kontrastu B -pobranie krwi
