

Oddział .....

# KARTA PIELĘGNACJI WKŁUĆ OBWODOWYCH

Imię i Nazwisko pacjenta ..... Nr historii choroby ..... *2-0621*

Lp	Miejsce wkłucia i typ kaniulacji	Data i godz. założenia	Podpis osoby wykonującej zabieg	Doba	Observacja miejsca wkłucia (objawy w skali 0-5)						Dezynfekcja miejsca wkłucia i zmiana opatrunku		Data i godz. usunięcia kaniuli	Podpis	Uwagi	
					0	1	2	3	4	5	Podpis	Wykonanie zabiegu				Podpis
1				1 D												
				N												
				2 D												
				N												
				3 D												
				N												
2				1 D												
				N												
				2 D												
				N												
				3 D												
				N												
3				1 D												
				N												
				2 D												
				N												
				3 D												
				N												

- 0 Miejsce założenia kaniuli bez zmian.
- 1 Wystąpienie co najmniej jednego z wymienionych objawów: słaby ból w okolicy wkłucia, lekkie zaczerwienienie w okolicy wkłucia.
- 2 Wystąpienie co najmniej dwóch z wymienionych objawów: ból w okolicy wkłucia, rumień, obrzęk.
- 3 Wystąpienie następujących objawów: ból wzdłuż kaniuli, stwardnienie w okolicy miejsca wkłucia.
- 4 Wystąpienie następujących objawów nasilających się: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli.
- 5 Wystąpienie następujących objawów nasilających się: ból żyły na całej długości kaniuli, zaczerwienienie, twardy naciek w okolicy wkłucia, namacalne stwardnienie żyły poza końcówką kaniuli, gorączka.