

W-101

dd-mm-rrrr

KARTA HEMODIALIZY

Imię

Nr HD pacjenta

Nazwisko

Waga sucha

Nr stanowiska

Przed HD

Nr aparatu

Różnica

Przygotowanie stanowiska (podpis pielęgniarki)

PROGRAM HEMODIALIZY				Ocena lekarska pacjenta przed HD				
HD HDF HF UF ml CZAS IZOL. UF ml CZAS								
PROFILOWANIE								
Na +	Start Na+ Stop Na+							
UF	Nr profilu UF							
DIALIZATOR		Przepływ krwi		Podpis i pieczęć lekarza				
Koncentrat nr Skład: K+ Na+ Ca++ Glukoza		Przepływ dializatu Temp. dializatu		Podłączenie pacjenta (podpis pielęgniarki)				
				PRZEBIEG HEMODIALIZY				
				Start HD				
				GODZ.	RR	TĘTNO	UF (ml.)	PODPIS
* Bolus j.m. HEPARYNA * Pompa j.m./h; Stop CLEXANE..								
WKŁUCIE 2 igły 1 Igła cewnik cewnik + Igła								
				UWAGI				
Stan przetoki (cewnika)								
.....								
Fe:								
EPO:								

ZLECENIA LEKARSKIE

Godz. zlecenia	Podpis i pieczęć lekarza	Nazwa leku zleconego doraźnie w czasie zabiegu HD, dawka, sposób podania	Godz. wykonania zlecenia	Podpis osoby wykonującej zlecenie

ZAKOŃCZENIE HEMODIALIZY

Uwagi dotyczące przebiegu dializy Ocena pielęgniarska pacjenta po HD	Uwagi dotyczące przebiegu dializy Ocena lekarska pacjenta po HD
<p>Czas zakończenia HD</p> <p>Całkowita objętość krwi</p> <p>Obj. substytucji HDF</p> <p>Waga po HD</p> <p>Pielęgniarka prowadząca zabieg</p> <p>Pielęgniarka kończąca zabieg</p> <p>Dezynfekcja po HD</p>	<p>..... Podpis i pieczęć lekarza</p>