Książeczka obserwacji i obsługi zaimplantowanego portu dożylnego

Informacje o porcie

Nazwa i Adres Placówki wydającej książeczkę /pieczątka/

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

Informacje o porcie

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

Notatki

Szanowna Pani, Szanowny Panie.
Ta część dzienniczka przeznaczona jest dla Pani / Pana. Prosimy o wpisanie ważnych zdarzeń, które mogą mieć miejsce w domu np. dolegliwości bólowe, dyskomfort związany z obecnością portu pod skórą, podaniem leku lub innych czynności związanych z portem (np. w sytuacjach nieplanowej wizyty w szpitalu, przychodni), gdy nie było dzienniczka.

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	Pieczątka 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	Pieczątka 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	Pieczątka 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	Pieczątka 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	Pieczątka 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