



## PASZPORT DOSTĘPU NACZYNIOWEGO DO HEMODIALIZY

### DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Ośrodek (stacja dializ) .....

Data założenia paszportu .....

### KARTA HISTORII DOSTĘPU NACZYNIOWEGO ①

Data wytworzenia dostępu	Rodzaj dostępu	Lokalizacja	Data usunięcia/utruty dostępu	Powód usunięcia/utruty dostępu

AUTORYZACJA LEKARSKA I / LUB PIELEŃNIARSKA (podpis) .....

str ....



**KARTA HISTORII DOSTĘPU NACZYNIOWEGO ①**

<b>Data wytworzenia dostępu</b>	<b>Rodzaj dostępu</b>	<b>Lokalizacja</b>	<b>Data usunięcia/utruty dostępu</b>	<b>Powód usunięcia/utruty dostępu</b>

**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** .....

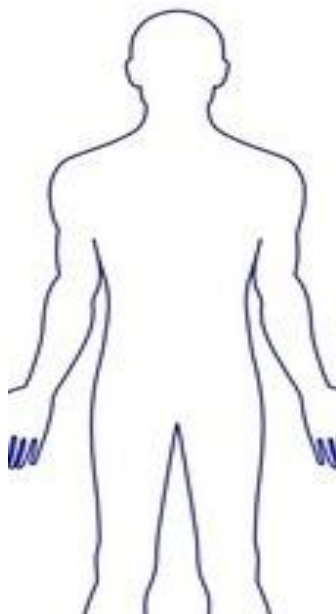
**AUTORYZACJA LEKARSKA I/LUB PIELEŃNIARSKA (podpis)** .....

**CEWNIK OSTRY/TUNELIZOWANY ②**

Data założenia .....

Operator .....

<b>Strona założenia</b> ( <i>zaznaczyć prawidłowe</i> )	<b>Prawa</b>	<b>Lewa</b>
<b>Żyła</b>		
<b>Położenie końcówki cewnika</b>		
<b>Typ cewnika/długość</b>		
<b>Trudności w trakcie założenia</b>		
<b>Data</b>		
<b>Uwagi</b>		



**IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** .....

**AUTORYZACJA LEKARSKA I/LUB PIELEŃNIARSKA (podpis)** .....



**MONITORING CEWNIKA ②**

<b>1. Funkcja</b>			
<b>Przepływ</b>			
<b>Uwagi</b>			
<b>Data</b>		<b>Podpis</b>	
<b>2. Funkcja</b>			
<b>Przepływ</b>			
<b>Uwagi</b>			
<b>Data</b>		<b>Podpis</b>	
<b>3. Funkcja</b>			
<b>Przepływ</b>			
<b>Uwagi</b>			
<b>Data</b>		<b>Podpis</b>	
<b>4. Funkcja</b>			
<b>Przepływ</b>			
<b>Uwagi</b>			
<b>Data</b>		<b>Podpis</b>	

*IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....*

*AUTORYZACJA LEKARSKA I/LUB PIELEŃNIARSKA (podpis) .....*

### PRZETOKA TĘNICZO-ŻYLNNA ③

Data założenia .....

Operator .....

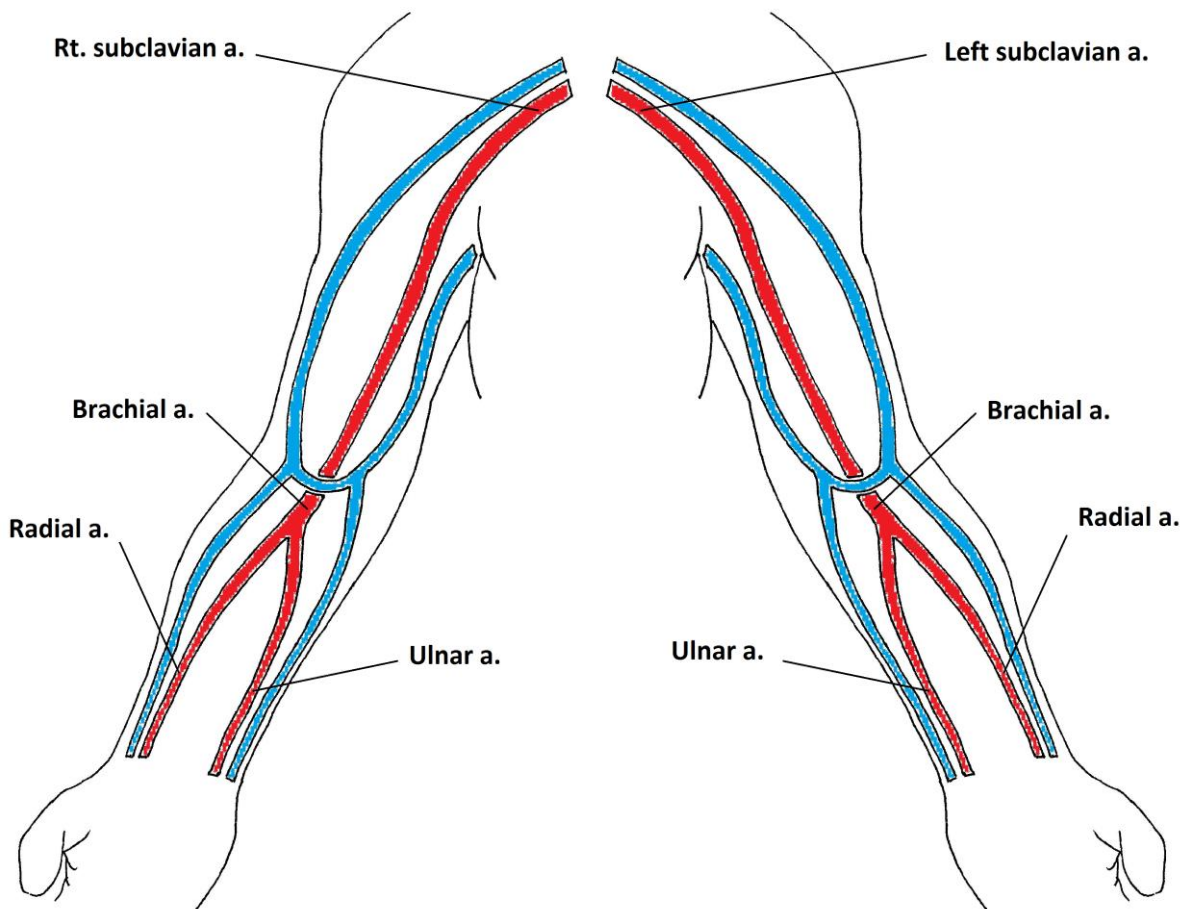
Ośrodek .....

Data pierwszego nakłucia .....

#### Wizualizacja dostępu naczyniowego

*(proszę o zaznaczenie anastomozy i potencjalnych miejsc nakłucia)*

#### PRAWA LEWA



IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

AUTORYZACJA LEKARSKA I/LUB PIELEŃNIARSKA (podpis) .....

str. ....

**MONITORING PRZETOKI TĘTNICZO-ŻYLNIEJ ③**

*ZALECA SIĘ KONTROLE PRZETOKI CO 3 MIESIĄCE*

	TAK	NIE	Data i opis	Data i opis	Data i opis	Data i opis
<b>Nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym</b>						
<b>Nieprawidłowości pomiarowe</b> <i>Qa &lt; 500 ml/min, ciśnienie żyłne, trudności z nakłuwaniem, aspiracja skrzepów, przedłużone krwawienia</i>						
<b>Ból ręki z przetoką</b>						
	TAK	NIE	Data zabiegu	Data zabiegu	Data zabiegu	Data zabiegu
<b>Zabiegi naprawcze:</b>						
<b>1. Trombektomia</b>						
<b>2. Tromboliza</b>						
<b>3. PTA</b>						
<b>4. Kolaterale</b>						

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA .....

AUTORYZACJA LEKARSKA I/LUB PIELEŃNIARSKA (podpis) .....

str. ....