



KEMOTERAPİ İLAÇLARININ EKSTRAVAZASYON KAYIT VE HASTA TAKİP FORMU

Hastanın Adı, Soyadı:

Ekstravazasyon Tarihi: / /

Hasta ID No:

İlaç Protokolu:

Doğum Tarihi: / /

Cinsiyeti: ☐ E ☐ K

Tanı:

İNFİLTRE OLAN İLACIN;

İlacın İsmi	Tahmini İnfiltrasyon Miktarı	İlacın Yoğunluğu mg / ml

İlacı Uygulama Yolu: ☐ Periferal ☐ Port

Katater Tipi: ☐ Kelebek ☐ İntraket Diğer:.....

İNFİLTASYON YERİNİN TANIMLANMASI

EL	Dorsal Yüzey:	☐ Sağ önkol	☐ Sol önkol
		☐ Sağ bilek	☐ Sol bilek
		☐ Sağ el	☐ Sol el
KOL	Ventral Yüzey:	☐ Sağ önkol	☐ Sol önkol
		☐ Sağ bilek	☐ Sol bilek
		☐ Sağ dirsek içi	☐ Sol dirsek içi

Fotoğraf Çekimi: ☐ Evet ☐ Hayır

BELİRTİLER ve TANI

Hastanın ifade ettiği belirtiler: ☐ Ağrı ☐ Yanma ☐ Kaşıntı

Diğer:

Klinik belirtiler:

Tanı: ☐ Şüpheli ekstravazasyon ☐ Kesin ekstravazasyon

Hekim istemi / orderı: (İlaç orderlarınızı "Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu"na kayıt ediniz)

HASTAYA ÖNERİLER

Ekstravazasyon Hasta Bilgilendirme Broşürü hastaya verildi.

Hemşirenin Adı, Soyadı:

Tarih: / /

İmza:



KEMOTERAPİ İLAÇLARININ EKSTRAVAZASYON KAYIT VE HASTA TAKİP FORMU

Bu bölüme hastanın kontrole geldiği tarihler, ekstrevaazyona yönelik olumlu / olumsuz gelişmeler ve yapılan girişimler yazılmalıdır.

1. Kontrol Tarihi: / /

Değerlendirme Tarihi: / /

Öykü:

Yapılan Hemşirelik Uygulamaları:

Hemşirenin Adı, Soyadı, İmzası:

2. Kontrol Tarihi: / /

Değerlendirme Tarihi: / /

Öykü:

Yapılan Hemşirelik Uygulamaları:

Hemşirenin Adı, Soyadı, İmzası:

3. Kontrol Tarihi: / /

Değerlendirme Tarihi: / /

Öykü:

Yapılan Hemşirelik Uygulamaları:

Hemşirenin Adı, Soyadı, İmzası:

4. Kontrol Tarihi: / /

Değerlendirme Tarihi: / /

Öykü:

Yapılan Hemşirelik Uygulamaları:

Hemşirenin Adı, Soyadı, İmzası: