



Hastanın Adı, Soyadı:

Ekstravazasyon Tarihi: / /

Hasta ID No:

İlaç Protokolu:

Doğum Tarihi: / /

Cinsiyeti:

☐ E

☐ K

Tanı:

İNFİLTRE OLAN İLAÇIN:

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 / orderi: (İlaç orderlerinizi "Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu"na kayıt ediniz)

HASTAYA ÖNERİLER

Ekstravazasyon Hasta Bilgilendirme Broşürü hastaya verildi.

Hemşirenin Adı, Soyadı:

Tarih: / /

İmza:



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: