

DIALISI MARTINI SCHEDA INFERMIERISTICA

Sig	DATA
RICOVERATO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	REPARTO ISOLAMENTO DA CONTATTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

PARAMETRI DIALITICI	
METODICA: BD <input type="checkbox"/> HDF PRE <input type="checkbox"/> HDF POST <input type="checkbox"/> HFR <input type="checkbox"/> AFB <input type="checkbox"/>	
BAGNO K..... BAGNO Na..... ANTICOAGULANTE.....BOLO.....PRE-STOP.....	
MONITOR..... TIPO FILTRO.....	
PROFILO UF..... PROFILO Na..... UF ISOLATA MONOAGO <input type="checkbox"/>	
CVC: PERMANENTE <input type="checkbox"/> ESTEMPORANEO <input type="checkbox"/> ARROSSAMENTO OSTIO <input type="checkbox"/> INVERSIONE LINEE <input type="checkbox"/> FLUSSO INADEGUATO <input type="checkbox"/> STAZIONAMENTO CHIUSURA MEDICAZIONE	FAV <input type="checkbox"/> PROTESI <input type="checkbox"/> FLUSSO INADEGUATO <input type="checkbox"/> DIFFICOLTA' PUNZIONE <input type="checkbox"/> SANGUINAMENTO PROLUNGATO <input type="checkbox"/> CALIBRO AGHI ALTRO

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA PRE DIALISI

ASTENIA	DISPNEA	CRAMPI/FORMICOLII	PRURITO	IPO/IPERTENSIONE	SANGUINAMENTO
VOMITO DIARREA	FEBBRE	IRREQUIETEZZA	DOLORI MUSC. SCHEL	EPIGASTRALGIA	PAZIENTE RIFERISCE BENESSERE
INSONNIA	CEFALEA	EDEMI DECLIVI	DOLORE TORACICO		

OSSERVAZIONI INFERMIERISTICHE

.....

.....

.....

.....

PESO ULTIMA DIALISI 	ORE PREVISTE PESO PREVISTO	FIRMA MEDICO
---	---	---------------------------

PRESCRIZIONI MEDICHE

.....

.....

.....

.....

FIRMA MEDICO

DATA

FIRMA infermiere (per esteso).....