



Szpital Kliniczny
Dzieciątka Jezus

KARTA KANIULACJI ŻYŁY CENTRALNEJ

Data:

Oddział:

PACJENT:

Imię i nazwisko wiek lat

Lekarz kierujący:

Wskazania: brak dostępu obwodowego ☐ żywienie pozajelitowe ☐ farmakoterapia ☐
hemodializa ☐ elektroda endokawitarna ☐ cewnik Swan-Ganza ☐
☐ Inne:

Badania laboratoryjne: prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐ PLT tyś/ml
INR ApTT brak ☐
☐ Inne:

ŚWIADOMA ZGODA NA KONIULACJĘ ŻYŁY CENTRALNEJ:

Podczas rozmowy z dr zostałem/am dokładnie poinformowany o celu wskazania zabiegu kaniulacji żyły centralnej oraz proponowanych miejscach wkłucia. Otrzymałem/Em informację o najczęstszych możliwych powikłaniach jak krwaki, odma płucna, uszkodzenie naczyń, zakrzepica, zaburzenia rytmu, zatrzymanie krążenia. Mogłem/Em zadać pytania dotyczące ryzyka związanego z tą procedurą i powikłań stąd wynikających. Czuję się dostatecznie poinformowany/y i świadomie oraz dobrowolnie, po gruntownym przemyśleniu, zgadzam się na proponowany zabieg.

Data: Czytelny podpis Pacjenta

UWAGI:

Kaniula żyły centralnej

Miejsce kaniulacji: Sala wkłucia ☐ Blok operacyjny ☐ Inne: ☐

Miejsce wkłucia: żyła szyjna wewnętrzna prawa ☐ lewa ☐
żyła podobojczykowa prawa ☐ lewa ☐
żyła udowa prawa ☐ lewa ☐

Rodzaj kaniuli: cewnik dializacyjny ☐ wkłucie centralne ☐ śluza ☐

liczba kanałów: długość cm

Prowadnicę usunięto w całości ☐ Wlew kroplowy prawidłowy ☐ wypływ wsteczny prawidłowy ☐
Kanały wypełniono heparyną ☐ Tunelizacja ☐
Kontrola: USG ☐ ramię C ☐ Potwierdzono prawidłowe położenie wkłucia ☐
Zlecono kontrolę RTG kłp ☐

Czytelny podpis lekarza