

Wykonanie przetoki naczyniowej u pacjenta

Check-lista dla lekarza:

Imię i nazwisko pacjenta

- ☐ Pacjent zapoznał się z materiałem edukacyjnym (odbył dedykowane szkolenie) na temat dostępów naczyniowych i korzyści wynikających z posiadania przetoki naczyniowej
- ☐ Nie ma bezwzględnych przeciwwskazań do wytworzenia przetoki naczyniowej
- ☐ Zgadza się na wszczęcie procedury wytworzenia przetoki naczyniowej
- ☐ Rozmawiano na temat znaczenia posiadania przetoki z rodziną/bliskimi
- ☐ Uzyskano zapewnienie wsparcia i pomocy w realizacji tej procedury
- ☐ Umówiono konsultację chirurgiczną (termin:)
- ☐ Odbędzie się konsultacja chirurgiczna
- ☐ Zrealizowano zalecenia chirurgiczne
- ☐ Ustalono termin operacji (termin:)
- ☐ Przygotowano pacjenta do zabiegu według typowego schematu/zaleceń chirurga
- ☐ Przeszkolono pacjenta w zakresie pielęgnacji, higieny, ćwiczeń oraz kontroli funkcji przetoki „trzema zmysłami”
- ☐ Wykonano przetokę t-ż, pacjent wypisany ze szpitala
- ☐ Przetoka zbadana, „czynna” (data:)
- ☐ Kontrola wykonywania ćwiczeń przetoki przez pacjenta
- ☐ Nauka i praktyka kontroli funkcji przetoki „trzema zmysłami”
- ☐ Omówienie niepokojących objawów dotyczących wyglądu, funkcji przetoki
- ☐ Pierwszy zabieg HD z przetoki t-ż (data:)
- ☐ Ustalenie terminu usunięcia cewnika (termin.....)
- ☐ Usunięcie cewnika

