

Namn

Personnummer

Datum

Meddelande vid behandling med kvarliggande kateter i urinblåsan

Indikation för kateterbehandling: _____

Behandling inledd: _____

Behandling avslutad enligt ordination: _____

Rekommenderat dragningsförsök: _____

Blåssköljning? Nej Ja Hur ofta? _____

Typ av spolvätska: _____

<input type="checkbox"/> Kateter via urinrör <input type="checkbox"/> Suprapubisk kateter		Katetersort (produktnamn, företag, max liggtid)	
Material	Charrière/grovlek	Längd <input type="checkbox"/> 200 mm <input type="checkbox"/> 400 mm	Spetstyp <input type="checkbox"/> Nelaton <input type="checkbox"/> Tiemann
Ballongen fylld med <input type="checkbox"/> Sterilt vatten _____ml <input type="checkbox"/> Glycerinlösning (endast silikonkateter) _____ ml		Batch-/Lot-/tillverkningsnummer	
<input type="checkbox"/> Öppen kateter (ange tid) _____ <input type="checkbox"/> Urinuppsamlingspåse kort slang <input type="checkbox"/> Urinuppsamlingspåse lång slang <input type="checkbox"/> Seriekoppling natt Kommentar:		<input type="checkbox"/> Intermittent tömning/blåstråning (ange tidsintervall) _____ <input type="checkbox"/> Kateterventil dag/urinuppsamlingspåse natt <input type="checkbox"/> Kateterventil dag och natt Kommentar:	
Fixering av urinuppsamlingspåse		Patient försedd med tillbehör för _____ dagars förbrukning	

Ordinerande läkare: _____

Sjukhus/mottagning/avdelning: _____

Planerat återbesök: _____

Uppgiftslämnare: _____

Tel: _____

