

長期留置型カテーテル・トラブル連絡票

送信先 JCHO仙台病院 地域連携室
FAX 022-378-9135
TEL 022-378-9117

患者指名

JCHO仙台病院のID、または生年月日

カテーテルの位置

	右	左
頸部	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ADL(移動) 自立
 半介助
 全介助

透析 通院 月水金
 入院 火木土

状況

- QB異常 脱血不良
 静脈圧上昇
 閉塞
- ウロキナーゼ 使用した
 使用していない
- 感染 発赤
 排膿
 発熱
 皮下経路カテーテル露出

その他、伝達事項がありましたら記入してください。

透析施設
担当医師名
