

*Patientenaufkleber*

**KONTRASTMITTEL – DOKUMENTATION**

<b>Datum:</b>	
<b>Uhrzeit Paravasat:</b>	
<b>Kontrastmittel:</b>	
<b>Menge des Paravasates:</b>	
<b>Zugang/ Lokalisation:</b>	
<b>Sensibilitätsstörungen:</b>	Lokalisation:
<b>Periphere Pulse:</b>	tastbar, abgeschwächt, fehlend
<b>Rekapillarisierung Finger/ Zehen:</b>	Unauffällig, verlangsamt, fehlend
<b>Rötung/ Erythem:</b>	Stift- Markierung um ..... Uhr
<b>Blasenbildung/ Epidermiolysen:</b>	Lokalisation: ..... Ausdehnung: Länge .....cm x Breite .....cm
<b>Fotodokumentation</b>	<input type="checkbox"/> Ja um ..... Uhr (Ausdruck/ sap) <input type="checkbox"/> Nein
<b>Extremitätenumfang:</b>	Lokalisation: ..... Umfang: .....cm, um ..... Uhr
<b>Einleitung konservativer Maßnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Lagerung über Herzhöhe <input type="checkbox"/> Schienenanpassung <input type="checkbox"/> Coolpack <input type="checkbox"/> Wundauflage / Prontosangel  Beginn: ..... Uhr
<b>Kontaktaufnahme</b>	<input type="checkbox"/> Demo Dienstarzt Radiologie um ..... Uhr <input type="checkbox"/> Konsilarzt PHW ..... um ..... Uhr <input type="checkbox"/> Konsilarzt ..... um ..... Uhr
<b>Kommentar/ Anmerkung:</b>	

Datum/ Uhrzeit..... Unterschrift/ Name: .....  
Piepser/ Telefon: .....



Skizze:

