

Namn _____

Personnummer _____

Datum _____

Meddelande vid behandling med kvarliggande kateter i urinblåsan

Indikation för kateterbehandling: _____

Behandling påbörjad: _____

Ordinerad KAD avveckling: _____ Uppföljning resurin: _____

Accepterad resurin: _____

 KAD långtidsbehandling Bytesintervall _____

 Blåssköljning? Nej Ja, hur ofta _____

Typ av spolvätska: _____

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kateter via urinerör <input type="checkbox"/> Suprapubisk kateter | | Katetersort (Produktnamn, max ineliggande tid) | |
| Material <input type="checkbox"/> Hydrogelbelagd latex <input type="checkbox"/> Helsilikon <input type="checkbox"/> Silikon med ädelmetaller <input type="checkbox"/> _____ | 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 med kort slang <input type="checkbox"/> Urinuppsamlingspåse med lång slang <input type="checkbox"/> Seriekoppling natt <input type="checkbox"/> Fixering av urinuppsamlingspåse <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> Intermittent tömning/blåstråning (ange tidsintervall) _____ <input type="checkbox"/> Kateterventil dag/urinuppsamlingspåse natt <input type="checkbox"/> Kateterventil dag och natt Kommentar: _____ _____ | |
| Patient försedd med tillbehör för _____ dagars förbrukning <input type="checkbox"/> Informationsmaterial <input type="checkbox"/> Urinpåse tömbar med kort slang <input type="checkbox"/> Urinpåse ej tömbar med lång slang <input type="checkbox"/> Ventil <input type="checkbox"/> Benfixering, storlek _____ <input type="checkbox"/> _____ | | | |

Ordinerande läkare: _____

Sjukhus/mottagning/avdelning: _____

Planerat återbesök: _____

Uppgiftslämnare: _____

Telefon: _____