



## Remiss distriktsjuksköterska Urinvägskateterdragning

|   |  |
|---|--|
| Rem inrättning, klinik, avd/mott<br><br>Sjukhusen i väster, Alingsås<br><br>Postoperativa avdelningen<br><br>441 83 Alingsås<br><br>0322-22 60 36   | Personnummer, namn                                   |
| Till vederbörande distriktsjuksköterska<br><br><b>Ring för tidsbokning!</b>   | Remissdatum: _____<br><br>Remitterande läkare: _____ |
| Opererad dagkirurgiskt för _____ den _____<br>Har urinvägskateter nr _____ med _____ ml i kuffen<br><br>Tacksam för kateterdragning den _____<br>Bladderscan kontroll efter miktion, _____ ml resurin accepteras.<br>Om patient har mer än accepterad resurin i urinblåsa efter miktion, sätt ny KAD<br>nr _____ med nytt dragningsförsök efter ca _____ dagar.<br><br>Med vänliga hälsningar<br>Postoperativa avdelningen, Alingsås lasarett |  |