Karta pielęgnacji nad cewnikiem naczyniowym

Oddział .....

Imię i nazwisko .....

Sala / Stanowisko .....

Założenie cewnika / kaniuli			Miejsce wkłucia	Drożność tak / nie	Zmiana opatrunku	Dezynfekcja połączeń (tak / nie)	Szczelność (tak / nie)	Usunięcie cewnika / kaniuli			Uwagi
Rodzaj	Data	Podpis			Data			Data	Powód	Podpis	

Druk ~~Zam. 01-040-11 64(65) Lan 808 88-15 MED Obw 040~~