

Arbetsblad vid KAD-behandling

Namn _____

Personnr. _____ Datum _____

Ordination

KAD-behandling inledd	
Planerad behandlingstid	
Ordinerande läkare	
Indikation	
Planerad omprovning	
KAD-behandling avslutad	

Material och ballong

Kateter (prod.namn)	Charrière (storlek)	Längd
Byte av kateter	Tidpunkt	Sign.
Ballongen fylls med	Sterilt vtn <input type="checkbox"/>	Mängd i ml
Kontroll av ballongens volym (omkuffning)	Tidsintervall	

Tillbehör dag

Urinuppsamlingspåse	Slanglängd
Upphängningsanordning	
Ventil – klämma – propp	

Tillbehör natt

Urinuppsamlingspåse	Slanglängd
Seriekopplad med	Slanglängd
Ventil – klämma – propp	

Kommentarer, särskilda observationer
