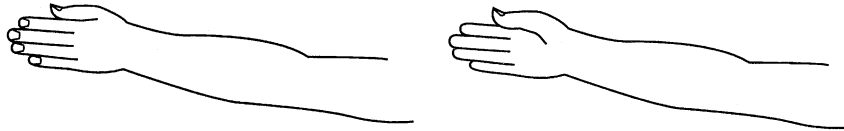


Zytostatika-Paravasat-Dokumentation (I)

verwendete Kanüle: Butterfly® Venflon® Sonstige
 Durchmesser G
 Fixierung der Kanüle: mit

Punktionsstelle: linker Arm rechter Arm Port-a-cath System
 Unterarm Ellenbeuge ZVK
 Handgelenk Handrücken
 andere:



war eine mehrmalige Punktion an der gleichen Extremität notwendig?
 ja nein
 wo wurde (in Bezug auf die ursprüngliche Punktionsstelle)
 noch punktiert?
 proximal distal medial/lateral
 hat PatientIn ein(e):
 → obere Einflusstauung: ja nein
 → Lymphödem (gleicher Arm): ja nein
 → Hämatom (gleicher Arm): ja nein

Reihenfolge der applizierten Zytostatika:				
Menge	Substanz- oder Handelsname	Volumen		
1.	mg	in	ml	<input type="radio"/> paravasal
2.	mg	in	ml	<input type="radio"/> paravasal
3.	mg	in	ml	<input type="radio"/> paravasal
4.	mg	in	ml	<input type="radio"/> paravasal
5.	mg	in	ml	<input type="radio"/> paravasal

geschätztes Paravasatvolumen: ml
 Applikationsart: i.v. i.a.
 Bolus Infusion Infusionspumpe

Zytostatika-Paravasat-Dokumentation (II)

Paravasat erkannt: Datum |__| : |__| : |__| |__| |__| |__|
Tag Monat Jahr Uhrzeit:

- während der Applikation
- unmittelbar nach der Applikation
- Stunden nach der Applikation
- Tage nach der Applikation

Maßnahme:  Aspiration des Zytostatikums möglich: ja nein
 empfohlene allgemeine und substanz-spezifische Maßnahmen durchgeführt: ja nein
 zusätzliche Maßnahmen:
.....
.....

Risikofaktoren, die die Wundheilung negativ beeinflussen könnten
(z.B. Diabetes mellitus):
.....
.....

Aufklärung/Instruktion des Patienten: |__| : |__| : |__| |__| |__| |__|
Tag Monat Jahr

(plastischer) Chirurg kontaktiert: ja |__| : |__| : |__| |__| |__| |__| nein
Tag Monat Jahr

nächster Kontrolltermin: |__| : |__| : |__| |__| |__| |__| Uhrzeit:
Tag Monat Jahr Station:

dokumentiert von:
Name in Blockschrift

für Rückfragen: Bitte Telefonnummer und/oder e-mail-Adresse angeben:
Tel.-Nr.:
e-mail:

Zytostatika-Paravasat-Dokumentation (III)

	✓ = zutreffend	↑ Verschlechterung		= keine Veränderung		↓ Besserung	
	Status post paravasationem	1. Kontrolle	2. Kontrolle	3. Kontrolle	4. Kontrolle	5. Kontrolle	6. Kontrolle
Datum							
Paraphe des Arztes							

Symptome nach Paravasat:

Schmerzen (Brennen, Stechen)							
Ödem							
Erythem							
Blasenbildung							
Verfärbung							
Induration							
Funktionseinschränkung							
Ulzeration							
Nekrose							
Demarkierung (Abgrenzung)							
Verschorfung							
Infektion							
vollständige Abheilung							

Paravasatausdehnung:

Angabe der 2 längsten Durchmesser ↔ in cm							
Therapeutische Maßnahmen:							
konservative Maßnahmen							
chirurgische:	Exzision						
Maßnahmen	Transplantation						

Anmerkungen: