



## EXTRAVAZASYON İZLEM FORMU

Tedavinin uygulandığı tarih : Kayıt tarihi:.....

Hastanın adı soyadı: Protokol No : Tanısı :

Tedavi protokolü :  
..... Protokolü  
..... kür ..... hafta ..... gün

Cilt altına kaçan ilaç türü: Antrasiklin  Vinca  İlacın sulandırılma oranı: ..... mg / ml

İlaç uygulama yolu: Periferal damar yolu  Port  İntraperitoneal port

Damar yolu için kullanılan ürün: Port iğnesi  ..... numaralı anjiokot  Diğer

Cilt altına kaçan ilaç miktarı : Aspire edilebilen ilaç miktarı:

Tedavi sonrası extravazasyonun tespit edildiği zaman: Saat: Gün:

### Ekstravazasyon bölgesi:

Port  /Kol  Sağ:  Sol:  Ekstravazasyon genişliği: ..... cm

Kolda ise : El üstü  Ön kol iç alt yüzey  Ön kol iç üst yüzey  Ön kol dış üst yüzey  Ön kol dış alt yüzey  Antikubital Bölge

Fotograf çekildi mi? Evet  Hayır

Hastanın ifade ettiği şikayetler :

Extravazasyon bölgesine ilişkin bulgular:

Hekim istemi :

Uygulanan girişimler Antidot  Sıcak uygulama  Soğuk uygulama

Uygulanan Antidot:.....

Extravazasyon Evde Bakım ve Bilgilendirme Formu Verildi  Anlatıldı

Kontrol Randevuları 1 gün sonra: ...../...../..... 1 hafta sonra: ...../...../.....

Hemşire adı soyadı, imza : Doktor adı soyadı, imza :

### KONTROL İZLEMLERİ

Tarih (1. gün): ...../...../.....

Extravazasyon bölgesine ilişkin bulgular:

Hekim istemi :

Uygulanan girişimler :

Grade: 0 1 2 3 4

Fotoğraf çekildi:

Hemşire adı soyadı, imza : Doktor adı soyadı, imza :

Tarih (7. gün): ...../...../.....

Extravazasyon bölgesine ilişkin bulgular:

Hekim istemi :

Uygulanan girişimler :

Grade: 0 1 2 3 4

Fotoğraf çekildi:

Hemşire adı soyadı, imza : Doktor adı soyadı, imza :