

Klinikai ápolási lap sztómával műtött betegekhez

Beteg neve:		Nővér neve:			
TAJ szám:	Eszköz kipróbálás (gyártó,márka)	Sztóma mérete/ mm	Felhelyezés dátuma:	Eltávolítás dátuma:	Megfelelőség és indoklás
Születési dátum:	1				
Cím:	2				
	3				
Telefon:	4				
Hozzá tartozó név, telefon:	5				
	6				
	7				
Műtét napja:	8				
Operáló orvos:	9				
Diagnózis:	Hazabocsátás dátuma:				
Műtét típusa:	Választott segédeszköz:	Vényírás dátuma:	Kötszerek, kellékek:	Vényírás dátuma:	Mennyiség:
Akut: <input type="radio"/> Elektív: <input type="radio"/>					
Sztómatípus > Végleges : <input type="radio"/> > Ideiglenes: <input type="radio"/>					
<input type="radio"/> Szigmoid sztóma					
<input type="radio"/> Harántvastagbél sztóma					
<input type="radio"/> Ileosztóma					
<input type="radio"/> Urosztóma					
<input type="radio"/> Más:					