

**Identifikační štítek pacienta:**

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

Datum narození (není-li RČ) Kód ZP:.....
Adresa trvalého pobytu
(případně jiná adresa):.....

Fm-L009-040-1IK-026
verze č. 1, str. 1/2

List. č. / Počet listů:

PROTOKOL O KARDIOINTERVENČNÍM VÝKONU

Datum:	Kardiointervenční výkon:	Operatér:
Čas příjezdu:	Převzal/a:	Instrumentářka:
Zahájení výkonu:		Obíhající:

Typ antiseptise	Elektrokoagulace	Operační rána – lokalizace:	Zavedení SHEAT						
	☐ MONO ☐ BIPO	☐ subklaviálně dx.	1) ☐	2) ☐	3) ☐	4) ☐	5) ☐	6) ☐	7) ☐ jiné:
Drény	Umístění neutrální elektrody	☐ subklaviálně sin.	a. radialis	a. femoralis	a. femoralis	v. femoralis	v. femoralis	v. jugularis	
☐ Redonův drén	☐ záda ☐ noha	☐ střední axilární čára sin.	☐ l. dx..	☐ l. dx.	☐ l. dx..	☐ l. dx.	☐ l. dx.	☐ l. dx.	☐ l. dx.
☐ jiný:	☐ jiné:	☐ parasternálně	☐ l. sin	☐ l. sin.	☐ l. sin	☐ l. sin.	☐ l. sin.	☐ l. sin.	☐ l. sin.
		☐ jiná:							

☐ CELKOVÁ ANESTEZIE ☐ ANALGOSEDACE	Alergie: ☐ ne ☐ ano → jaká: _____	Kanylace PŽK na sále: ☐ ne ☐ ano → čas: _____
---	---	---

[illegible]

Mimořádná událost	☐ ano ☐ ne ☐ formulář uložen:		
Prohlašuji, že počet roušek, sušení a nástrojů souhlasí. Perioperační bezpečnostní proces proveden.	Jmenovka a podpis instrumentářky		Jmenovka a podpis obíhající sestry

Konec výkonu:	Jmenovka a podpis lékaře
---------------	--------------------------

[illegible]

Odjezd ze sálu			
Datum, čas:	Převoz na: ☐ JIP ☐ dospávací pokoj ☐ standard oddělení ☐ stacionář	Předal/a:	Doporučení lékaře (jmenovka a podpis lékaře):
		Převzal/a:	

