

Protokol o aplikaci intravenozního imunoglobulinu (IVIG)

Pacient – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

Datum:			
Stav od poslední kontroly:	☐ nezměněn	☐ změna, jaká:	
Aplikace IVIG:	☐ plánovaná	☐ mimořádná	
Laboratorní odběry:	☐ IgG	☐ IgA	☐ IgM ☐ jiné:

Fyziologické funkce před aplikací:

TK mmHg	P /min	TT °C
Biologická zkouška: hod		

Aplikace:

Druh IVIG:	Číslo šarže:			
Množství: ml	Rychlost: ml/hod			
	1.infuze	2.infuze	3.infuze	4.infuze
Čas aplikace:	 hod.	 hod.	 hod.	 hod.
Čas ukončení aplikace:	 hod.			

Fyziologické funkce po aplikaci:

TK mmHg	P /min	TT °C
---------------	--------------	-------------

Klinický stav po ukončení aplikace:

--

Edukace provedena, pacient informacím porozuměl a nemá žádné další otázky.
Zpráva předána do rukou pacienta.

Jmenovka a podpis sestry	Jmenovka a podpis lékaře