Univerzitetni klinični center Maribor
Centralno skladišče
Skladišče tehničnega skladišča
Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija
Tel.: 00386 2 321 26 09 Faks: 00386 2 321 23 08

INFORMATIVNO POVPRAŠEVANJE

Vabljeni k oddaji ponudbe na informativno povpraševanje za

I Z D E L A V O
BOLNIKOVIH KNJIŽIC

- **knjižica: OSREDNJI VENSKI KATETER S PODKOŽNIM PREKATOM**, cca 44 strani
  - končni format: A6
  - obojestranski tisk
  - sponkano hrbtišče
  - količina: 5.000 kom
  - vzorec je del povpraševanja

- **knjižica: PERIFERNO VSTAVLJEN OSREDNJI KATETER**, cca 14 strani
  - končni format: A6
  - obojestranski tisk
  - sponkano hrbtišče
  - količina: 5.000 kom
  - vzorec je del povpraševanja

Rok za sprejem ponudb: **22.8.2025 do 9.00 ure**

Ponudbo pošljite na elektronski naslov: jerneja.kusenic@ukc-mb.si
Merilo za izbor: **najnižja končna vrednost ponudbe v EUR brez DDV**

Pri oblikovanju cene upoštevajte:
- plačilo: 30 dni od prejema pravilno izstavljenega računa;
- dostava: UKC Maribor, Skladišče tehničnega materiala;
- popuste in rabate;
- davek na dodano vrednost (izkazati je potrebno stopnjo in znesek DDV);
- morebitne druge stroške (postavitev, razrez, obrez,…)

Objavljeno povpraševanje je informativne narave in oddana ponudba ni pogoj za naročilo!

Maribor, 19.8.2025

Jerneja Kušenić, mag. ekon. in posl. ved
Strokovna sodelavka za ekonomsko področje

UKC MARIBOR | Univerzitetni klinični center Maribor

BOLNIKOVA KNJIŽICA

Osrednji venski kateter s podkožnim prekatom

Služba za zdravstveno nego

Maribor, 2024

G14.010003002_izd3_4.4.2025_itk
Velja od: 5. 4. 2025

Če si nečesa močno želiš, lahko to dosežeš.

Nemara bo zahtevalo potrpežljivost, težko delo, pravo borbo in veliko časa, toda uresničljivo je.

Tolikšna vera je predpogoj za sleherni podvig.

Margo Jones

Povzeto po knjižici:

Pogovori venska valvula (OI Ljubljana)

Posodobila 2022:
Irena Tominc Krajnc

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI
VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**

□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Bolnikovi podatki

Nalepka bolnika

Navodila bolniku:

Za prejemanje zdravil v žilo imate podkožno vstavljeno vensko valvulo. Vedno, ko boste prišli na zdravljenje, odvzem krvi ali prebrizgavanje pokažite to knjižico medicinski sestri ali zdravniku.

V knjižico bosta vpisala vse potrebne podatke o posegu.

Po končanem zdravljenju podkožna venska valvula ostane v žili. Potrebno jo je prebrizgati vsakih 8 tednov. O datumih prebrizgavanja se boste dogovorili z medicinsko sestro ali zdravnikom.

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Podatki o vstavitvi podkožne venske valvule:

Datum vstavitve:_____

Zdravnik (operater):_____

Medicinska sestra:_____

Uporaba za: □ odvzem krvi
□ aplikacija zdravil
□ aplikacija krvnih derivatov
□ kontrast (CT, MR)
□ drugo:_____

Dodatna navodila:

Podpis._____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Navodila medicinski sestri:

- Upoštevajte aseptično tehniko rokovanja s podkožno vensko valvulo (maska, kapa, sterilne rokavice).
- Uporabljajte izključno atravmatsko iglo (AI), ki naj bo ustrezne dolžine.
- Za apliciranje bolus terapije in prebrizgavanje uporabljajte izključno 10 ml in 20 ml brizgalke – ne manjše.
- AI lahko ostane v komori podkožne venske valvule 7 dni, nato jo je potrebno zamenjati.
- Za prebrizgavanje uporabite 0,9% NaCl.
- Pred vsako aplikacijo terapije je potrebno najprej preveriti prisotnost refluksa krvi.
- AI mora biti fiksirana s prozornim transparentnim obližem.
- Pri prebrizgavanju upoštevajte »push-pause« tehniko in na koncu vedno ustvarite pozitiven pritisk.

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ natavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO: □ **brez posebnosti**
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____
POSEG: □ nastavitev AI □ št. AI_____
□ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ odstranitev AI

VBODNO MESTO:
□ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena

PODPIS / PARAFA IZVAJALCA:_____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

VZOREC

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE:
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

OPOMBE
Datum: _____

VZOREC

UKC MARIBOR | Univerzitetni klinični center Maribor

Oddelek za onkologijo

BOLNIKOVA KNJIŽICA

PERIFERNO VSTAVLJEN OSREDNJI KATETER

(PICC)

Služba zdravstvene nege Maribor

Nalepka pacienta

V primeru težav pokličite

02 321 1976

Datum:
Opombe/navodila:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis: _____

Datum:
Opombe/navodila:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis: _____

UKC MARIBOR | Univerzitetni klinični center Maribor

Oddelek za onkologijo

BOLNIKOVA KNJIŽICA

PERIFERNO VSTAVLJEN OSREDNJI KATETER

(PICC)

Služba zdravstvene nege Maribor

G14.010000065_izd1_30.7.2025

Velja od: 2. 8. 2025

Nalepka pacienta

V primeru težav pokličite

02 321 1976

Datum:
Opombe/navodila:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis: _____

Datum:
Opombe/navodila:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Podpis: _____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Podatki o vstavitvi

Datum vstavitve:_____

Nadzorni zdravnik:_____
Dipl.m.s./dipl.zn – ime, priimek, parafa
(1. uvajalec – 2. asistent)

1. _____
2. _____

Podatki o katetru:

nalepka

Dolžina katetra:_____ cm

Dolžina vstavitve katetra:_____ cm

Mesto vstavitve: ☐ vena basilica ☐ vena brachialis
☐ vena cefalica ☐ vena axillaris
☐ vena jugularis ☐ vena subclavia

Tuneliran: ☐ DA ☐ NE

Kontrola lege: ☐ RTG ☐ EKG

Oskrba katetra takoj po vstavitvi:

☐ obliž za fiksacijo
☐ securacath
☐ lepilo za kožo
☐ prozoren transparentni obliž
☐ chg blazinica
☐ chg obliž
☐ brezigelni konekt
☐ razkužilni zamašek
☐ mrežica

Podpis izvajalca:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Podatki o vstavitvi

Datum vstavitve:_____

Nadzorni zdravnik:_____
Dipl.m.s./dipl.zn – ime, priimek, parafa
(1. uvajalec – 2.asistent)

1. _____
2. _____

Podatki o katetru:

nalepka

Dolžina katetra:_____ cm

Dolžina vstavitve katetra:_____ cm

Mesto vstavitve: ☐ vena basilica ☐ vena brachialis
☐ vena cefalica ☐ vena axillaris
☐ vena jugularis ☐ vena subclavia

Tuneliran: ☐ DA ☐ NE

Kontrola lege: ☐ RTG ☐ EKG

Oskrba katetra takoj po vstavitvi:

☐ obliž za fiksacijo
☐ securacath
☐ lepilo za kožo
☐ prozoren transparentni obliž
☐ chg blazinica
☐ chg obliž
☐ brezigelni konekt
☐ razkužilni zamašek
☐ mrežica

Podpis izvajalca:_____

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

VZOREC

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Opombe / dodatna navodila:

_____

Navodila in informacije za pacienta:

Za prejemanje zdravil v žilo imate vstavljen PICC kateter.

Vedno, ko boste prišli na zdravljenje, odvzem krvi ali prebrizgavanje, pokažite to knjižico medicinski sestri ali zdravniku. V knjižico bosta vpisala vse potrebne podatke o posegu.

Vsaj 1x dnevno preverite vbodno mesto katetra – bolečina, rdečina, krvavitev, izcedek, obliž).

1x tedensko boste naročeni na prebrizgavanje in prevez katetra. O datumih prebrizgavanja se boste dogovorili z medicinsko sestro ali zdravnikom.

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Opombe / dodatna navodila:

_____

Navodila in informacije za pacienta:

Za prejemanje zdravil v žilo imate vstavljen PICC kateter.

Vedno, ko boste prišli na zdravljenje, odvzem krvi ali prebrizgavanje pokažite to knjižico medicinski sestri ali zdravniku. V knjižico bosta vpisala vse potrebne podatke o posegu.

Vsaj 1x dnevno preverite vbodno mesto katetra – bolečina, rdečina, krvavitev, izcedek, obliž).

1x tedensko boste naročeni na prebrizgavanje in prevez katetra. O datumih prebrizgavanja se boste dogovorili z medicinsko sestro ali zdravnikom.

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Pred tuširanjem mesto katetra ovijte z nepropustno folijo, da kateter zaščitite pred vodo.

Ne smete plavati in dvigovati težkih bremen.

Pazite, da kateter ne pride v stik z živalmi ali majhnimi otroci, ki bi lahko kateter izmaknili.

V kolikor pride do izpada katetra, vbodno mesto pokrijte s čistim obvezilnim materialom (tampon, gaza, ali podobno…) in močno stiskajte vsaj 5 minut.
Nato pokličite na Oddelek za onkologijo 02 321 1976 za nadaljnja navodila.

Pred tuširanjem mesto katetra ovijte z nepropustno folijo, da kateter zaščitite pred vodo.

Ne smete plavati in dvigovati težkih bremen.

Pazite, da kateter ne pride v stik z živalmi ali majhnimi otroci, ki bi lahko kateter izmaknili.

V kolikor pride do izpada katetra, vbodno mesto pokrijte s čistim obvezilnim materialom (tampon, gaza, ali podobno…) in močno stiskajte vsaj 5 minut.
Nato pokličite na Oddelek za onkologijo 02 321 1976 za nadaljnja navodila.

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:_____
Ime in priimek izvajalca:_____

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: ☐ vrsta:_____
☐ zalepljen ☐ suh ☐ čist
☐ odlepljen ☐ vlažen ☐ umazan
VBODNO MESTO: ☐ čisto ☐ rdečina ☐ oteklina
☐ izcedek – serozen / krvav / gnojen
☐ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: ☐ da ☐ ne

POSEG: ☐ odvzem krvi ☐ aplikacija terapije
☐ prebrizgavanje ☐ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:_____cm
Razkuževanje z: _____
☐ blazinica CHG ☐ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja ☐ DA ☐ NE
menjava brezigelnega konekta ☐ DA ☐ NE
namestitev razkužilnega zamaška ☐ DA ☐ NE

Refluks krvi ☐ DA ☐ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) ☐ DA ☐ NE
Podpis/parafa izvajalca:

VZOREC

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

Datum:________________
Ime in priimek izvajalca:___________________________

Ocena pred rokovanjem s PICC katetrom:
OBLIŽ: □ vrsta:________________________
□ zalepljen □ suh □ čist
□ odlepljen □ vlažen □ umazan
VBODNO MESTO: □ čisto □ rdečina □ oteklina
□ izcedek – serozen / krvav / gnojen
□ koža – nespremenjena / spremenjena
BOLEČINA: □ da □ ne

POSEG: □ odvzem krvi □ aplikacija terapije
□ prebrizgavanje □ kontrolni pregled
PREVEZ: zunanja dolžina katetra:________cm
Razkuževanje z: ________________________
□ blazinica CHG □ obliž CHG
menjava brezšivnega fiksaterja □ DA □ NE
menjava brezigelnega konekta □ DA □ NE
namestitev razkužilnega zamaška □ DA □ NE

Refluks krvi □ DA □ NE Opombe (GLEJ ZADAJ) □ DA □ NE
Podpis/parafa izvajalca:

VZOREC