

AMBULANTNA APLIKACIJA BIOLOŠKEGA ZDRAVILA

Izpolnil zdravnik (žig + parafa)

Datum:

Navodila za aplikacijo zdravila:

Zdravilo	Doza	Inf. raztopina / sc aplikator	Pretok / število sc. doz	Način aplik.	Odredil zdravnik	Ura	Apliciral TZN	Ura
Infliksimab	mg	0,9%NaCl 250 mL		i.v.				
Vedolizumab	mg	0,9%NaCl 250 mL		i.v.				
Ustekinumab	mg	0,9%NaCl 250 mL		i.v.				
Adalimumab	mg	brizga peresnik		s.c.				
Golimumab	mg	brizga peresnik		s.c.				
Infliksimab	mg	brizga peresnik		s.c.				
Vedolizumab	mg	brizga peresnik		s.c.				
Ustekinumab	mg	brizga peresnik		s.c.				
Tavegyl	2 mg	0,9%NaCl 8 mL		i.v.				
Solu Cortef	mg	bolus		i.v.				

Naslednja aplikacija je predvidena čez tednov.

Laboratorijska kontrola NE DA - datum Nivo zdravila NE DA – datum

Negovalno poročilo o aplikaciji – izpolnil DMS (priimek in ime + parafa)

Lokacija i.v. kanala: Posebnosti na vbojdem mestu:

Meritve pred aplikacijo: RR pulz

Zapleti: NE DA

Ukrepi:

Prostor za nalepke s kodo zdravila: