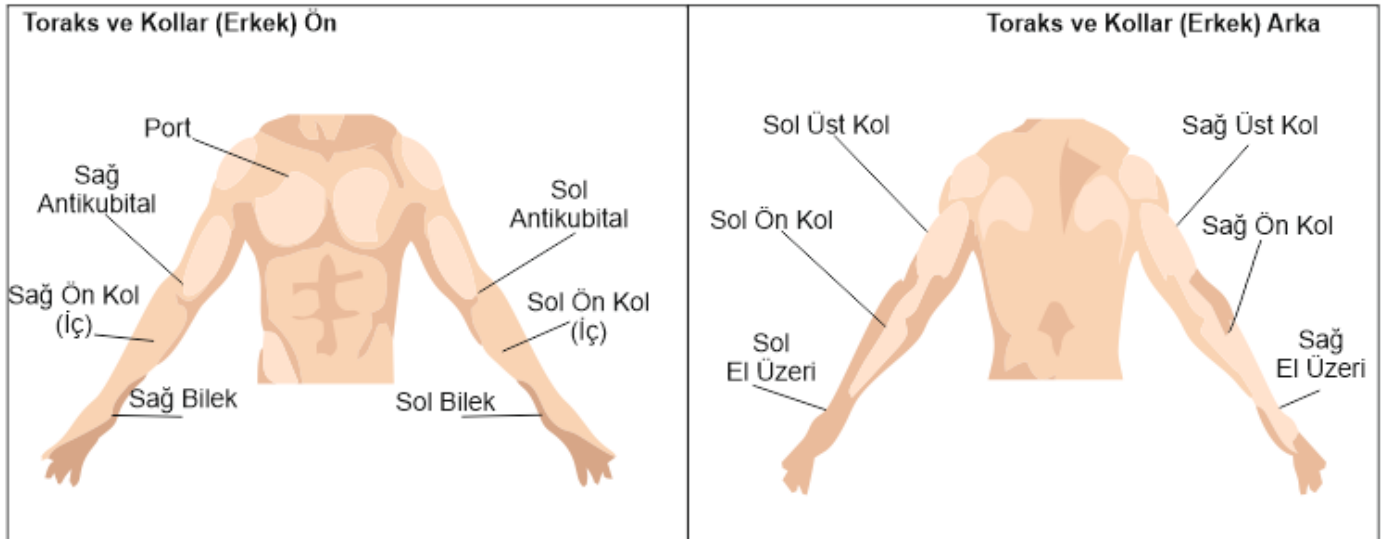


BARKOD

Tarih: __/__/20__

Tanı :		İlaç Protokolu :																					
Hasta Yakını Telefon No:		Ekstravazasyon Tarihi/Saati: __/__/__-__/__																					
Ekstravaze Olan İlacın Miktarı Ve Uygulama Yolu																							
Ekstravaze Olan İlacın İsmi:		Tahmini İnfiltrasyon Miktarı																					
İlaç Yoğunluğu :	İlaç Uygulama Yolu: () Periferal () Port () Parenteral																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Uygulama Şekli</th> <th colspan="3">Belirti Ve Bulgular</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() İnfüzyon Pompası</td> <td>() Ağrı</td> <td>() Karıncalanma</td> <td>() Kan Geri Dönüşü</td> </tr> <tr> <td>() IV Bolus</td> <td>() Şişme</td> <td>() İz Kalması</td> <td>() Yok</td> </tr> <tr> <td>() IV Yavaş İnfüzyon</td> <td>() Sızıntı</td> <td>() Eritem</td> <td>() Bül Oluşumu</td> </tr> <tr> <td>() Subcutan</td> <td>() Yanma</td> <td>() Sızı</td> <td>() İnfüzyonda Yavaşlama</td> </tr> </tbody> </table>				Uygulama Şekli	Belirti Ve Bulgular			() İnfüzyon Pompası	() Ağrı	() Karıncalanma	() Kan Geri Dönüşü	() IV Bolus	() Şişme	() İz Kalması	() Yok	() IV Yavaş İnfüzyon	() Sızıntı	() Eritem	() Bül Oluşumu	() Subcutan	() Yanma	() Sızı	() İnfüzyonda Yavaşlama
Uygulama Şekli	Belirti Ve Bulgular																						
() İnfüzyon Pompası	() Ağrı	() Karıncalanma	() Kan Geri Dönüşü																				
() IV Bolus	() Şişme	() İz Kalması	() Yok																				
() IV Yavaş İnfüzyon	() Sızıntı	() Eritem	() Bül Oluşumu																				
() Subcutan	() Yanma	() Sızı	() İnfüzyonda Yavaşlama																				
Acil Müdahaleler																							
Tarih ve Saat __/__/__ - __/__/__	Antidod Uygulama (Spesifik)	Fotoğraf Çekildi () Evet () Hayır Yer İşaretlendi () Evet () Hayır Tıbbi Ekiple Bağlantı Kuruldu () Evet () Hayır Hastaneye Başvurması Gereken Durumlar Anlatıldı () Evet () Hayır																					



Ekstravazasyon Değerlendirme Şeması							
	____Gün	____Gün	____Gün	____Gün	____Gün	____Gün	____Gün
Tarih							
Cilt Rengi							
Cilt Isısı							
Cilt Bütünlüğü							
Ödem							
Hareketlilik							
Ağrı							
Ateş							
Nabız							
Değerlendiren Hemşire							

Değerlendirme Ölçeği					
	0	1	2	3	4
Cilt Rengi	Normal	Pembe	Kırmızı	Soluk Merkezli	Kararmış
Cilt Isısı	Normal	Ilık	Sıcak	-	-
Cilt Bütünlüğü	Normal	Kabarcık (+)	Yüzeysel Cilt Kaybı	Deri Altı Dokuyu Ortaya Çıkaran Doku Kaybı	Doku Kaybı Kas / Kemik Maruziyeti, Derin Krater yada Nekroz
Ödem	Yok	Çukur Bırakmayan	Çukur Bırakan	-	-
Hareketlilik	Normal	Az Kısıtlı	Çok Kısıtlı	İmmobil	-
Ağrı	Ağrı skalası kullanılarak değerlendirilir (0 – 10 arası)				
Ateş	Normal	Yüksek	-	-	-
Nabız	Normal	Normal	Normal	Nabız Azalmış (Etkilenen bölgenin altında)	Nabız Azalmış yada yok (Etkilenen bölgenin altında)
Düzye durumuna göre yapılması gereken Girişimler					
Düzye 0	Saatte bir İnfüzyon hız ve total volümü kontrol edilir. İnfüzyon hızı her değıştiğinde hız ve total volümü kontrol edilir.				
Düzye 1	Düzye 0 girişimlerine ek olarak; İnfüzyon cihazından infüzyon seti çıkarılmadan önce tüm klempleri kapatılır. İntravenöz sıvı dikkatli ve nazıkçe ayrılır. Ekstremiteler eleve edilir. Bölgeye kompres yapılır. Yapılan işlem hemşire gözlem formuna kaydedilir.				
Düzye 2	Düzye 0-1 girişimlerine ek olarak; Ağrı kesici non-farmakolojik bir yöntem kullanılır.				
Düzye 3	Düzye 0-1-2 girişimlerine ek olarak; Ağrı kesici olarak medikal tedavi de kullanılabilir.				
Düzye 4	Düzye 0-1-2-3 girişimlerine ek olarak; İlaç ya da sıvının vezikant / iritan olması durumunda ekstravazasyon prosedürüne uygun hareket edilmelidir.				