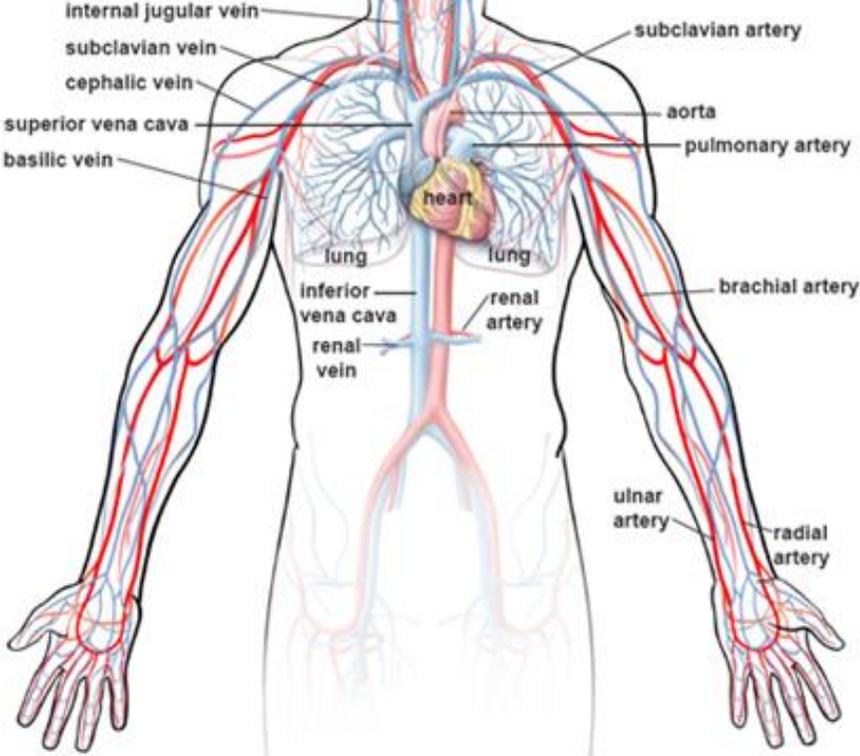


Тип документа:	ФОРМА	Код:	ББН-VIII/01	Номер:	М-Е1/2-а	Редакция:	001	
Название документа:	МОНИТОРИНГ СОЗРЕВАНИЯ АВФ			Центр / отделение				
ФИО пациента						ИИН		
Тип сосудистого доступа	АВФ (артериовенозная фистула)	Расположение сосудистого доступа	РУКА	ПРАВАЯ	<input type="checkbox"/>	ЛЕВАЯ	<input type="checkbox"/>	
Дата формирования сосудистого доступа		Пункция АВФ разрешена	<input type="checkbox"/>	ДА	Врач (ФИО, подпись)		Дата	
Предполагаемая дата снятия швов		Первая пункция АВФ выполнена	<input type="checkbox"/>	ДА	Врач (ФИО, подпись)		Дата	
Фактическая дата снятия швов		Первая пункция АВФ с осложнениями?	<input type="checkbox"/>	ДА	Комментарии			
Врач (ФИО, подпись)			<input type="checkbox"/>	НЕТ				



- После операции по формированию АВФ, оперировавший хирург или лечащий врач пациента должны отметить расположение сосудистого анастомоза на схеме 1.
- Разметка на схеме выполняется ручкой или маркером контрастного цвета.
- Анастомоз на схеме должен быть легко определяем для других медработников.
- Во время каждого сеанса диализа состояние «свежей» артериовенозной фистулы должно оцениваться медсестрой или врачом, проводящим процедуру диализа (см. оборот Формы).

Объяснены ли пациенту правила мониторинга и ухода за сосудистым доступом?

ДА
Дата _____ Подпись _____

Предоставлена ли пациенту печатная информация о мониторинге и уходе за сосудистым доступом?

ДА
Дата _____ Подпись _____

Схема 1: Локализация сосудистого анастомоза.

