

Punktion/Drainage/Thermoablation

Gerät: CT2

Patient (Name, Vorname)	Geburtstag	Station	Betreuender Arzt, Tel.

Pat. wird betreut von: Station ZIRN

Größe	Gewicht

Indikation besprochen mit: _____

Vorbilder (CT/MRT): intern extern nicht vorhanden
Datum: _____

Lagerung: Bauchlage Rückenlage

Kontrastmittel benötigt: JA NEIN

Labor vom: _____

Bilirubin: _____

Quick (TPZ): _____

INR: _____

PTT: _____

Kreatinin: _____

TSH*: _____ *nicht älter als ½ Jahr

Kreatinin: _____

Lungenfunktion: vorhanden nicht vorhanden aber nötig* nicht nötig
*angemeldet am _____ durch _____

Vorerkrankungen: Diabetes, Metformineinnahme: JA NEIN
Hyperthyreose, ungeklärte SD-Situation: JA NEIN
Gerinnungsstörung: JA NEIN
Gerinnungsstörende Medikamente: JA NEIN
Kontrastmittelallergie: JA NEIN

Bemerkungen: Hb-Kontrolle! Sonographische Kontrolle! Antibiose!

PTCD: Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution!

Aufklärung am _____ durch _____ Unterschrift _____

Untersuchung am _____ durch _____ Unterschrift _____

Nachkontrolle am _____ mittels _____, angemeldet durch _____