

Infusionsplan / Rezept (gültig für 1 Jahr)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

täglich:

_____ ml StructoKabiven _____ Laufzeit: von _____ bis _____

_____ ml SmofKabiven _____ Laufzeit: von _____ bis _____

_____ ml Aminomix N 1 _____ Laufzeit: von _____ bis _____

_____ ml SMOFlipid _____ Laufzeit: von _____ bis _____

Eine Laufzeit von _____ ml/h darf nicht überschritten werden.

Ev. zusätzliche Infusionen:

_____ ml / 24 h

_____ ml / 24 h

Zusätze:

Vitamine _____ Ampulle _____ à _____ ml / 24 h

_____ Ampulle _____ à _____ ml / 24 h } in Nährlösung zugeben

Spurenelemente _____ Ampulle _____ à _____ ml / 24 h } _____

Elektrolyte _____ Ampulle _____ à _____ ml / 24 h

_____ Ampulle _____ à _____ ml / 24 h } in Nährlösung zugeben

_____ Ampulle _____ à _____ ml / 24 h } _____

Zusätzliche Medikamente

Medikament _____ ml in SMOFlipid zugeben

Medikament _____ ml in Aminomix N 1 zugeben

Medikament _____ ml in StructoKabiven zugeben

Medikament _____ ml in SmofKabiven zugeben

Medikament _____ ml _____

Zum Abschluss der Infusion

Heparin _____ Ampulle à 5 ml / 500 IE

TauroLock HEP100 _____ Ampulle à 5 ml

NaCl 0.9 % _____ Ampulle à 10 ml / 20 ml

Hilfsmittel

Desinfektionsmittel:

Betadine

Octenisept

Kodan Tinktur Forte

Chlorhexidin

Händedesinfektionsmittel:

Sterillium

Baktolin

Lokalanästhetikum:

Emla Salbe

Emla Patch

Spüllösung:

Aqua ad inject.

Therapiegerechte Kanülen, Spritzen, Verbandmaterial

Nadelwechsel Port alle _____ Tage

Verordnender Arzt _____

Datum _____

Stempel / Unterschrift _____