

OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM PACIENTA SE STŘEVNÍ STOMIÍ

Štítek

Kontakt na pacienta

Předoperační příprava

dlouhodobá

krátkodobá

bezprostřední

zakreslení stomie

Podpis

Operace

Datum:

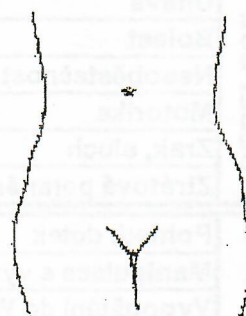
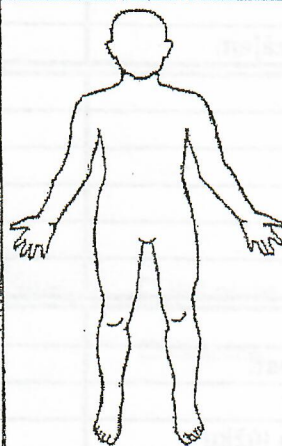
Diagnóza:

Operační výkon:

Operatér:

Pracoviště:

Lokalizace



Typ stomie

ILEOSTOMIE	dočasná	axiální (dvouhlavňová)	terminální (jednohlavňová)
	trvalá	axiální (dvouhlavňová)	terminální (jednohlavňová)
KOLOSTOMIE	dočasná	axiální (dvouhlavňová)	terminální (jednohlavňová)
	trvalá	axiální (dvouhlavňová)	terminální (jednohlavňová)
UROSTOMIE			
PÍŠTĚL			
JINÁ STOMIE			

Poznámky