

rev 0.0 2023

Presidio Ospedaliero Umberto I Chiello Basilotta FBC

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome _____ Data di nascita ____/____/____

U.O. _____ Nosologico _____ Catetere presente all'ingresso SI NO

Indicazioni al cateterismo

(barrare con una X)

- Ostruzione acuta delle vie urinarie e ritenzione urinaria
- Macroematuria e/o piuria
- Disfunzione neurologica permanente
- Monitoraggio della diuresi in pazienti critici
- Paziente che necessita di immobilizzazione
- Shock spinale
- Presenza di ferite/lesioni aperte sacrali o perianali in pazienti incontinenti
- Necessità di somministrare farmaci direttamente in vescica
- Incontinenza urinaria, se non possibili metodi alternativi
- Intervento chirurgico; specificare _____
- Altro; specificare _____

Data inserimento	Data sostituzione	Data rimozione	Tipo di catetere e misura
____/____/20____	____/____/20____	____/____/20____	_____ Ch _____

Complicanze post inserimento o necessità di intervento/consulenza specialistica:

NO SI Descrivere brevemente _____

Firma Infermiere _____