CENTER republike Slovenije za hemofilijo, Poročilo o nadomestni terapiji

Ime bolnika: _____

Aktivnost faktorja: _____

RAZLOG ZA TERAPIJO					DAN IN URA ZAČETKA KRVAVITVE	PODROČJE KRVAVITVE	SIMPTOMI								VZROK KRVAVITVE				DAN IN URA ZAČETKA APLIKACIJE	VRSTA KONCENTRATA	DOZA	ŠTEVILKE STEKLENIC	ALERGIČNE REAKCIJE PO TERAPIJI						DRUGA TERAPIJA TA DAN				APLIKA-CIJA IZVRŠENA			IME USTANOVE	HOSPITALIZA-CIJA (od - do)	ODSOTNOST Z DELA, OD POUKA (dni)	OPOMBE	PODPIS
začetna krvavitev	nadaljevanje zdravljenja krvavitve	fizioterapija	operacija	drugo (preventiva, ipd.)		levo / desno	neopredeljeni občutki	zmerno zmanjšana gibljivost	bolečina	rahla oteklina	področje toplejše	občutno zmanjšana gibljivost	sklep otekel za več kot 1 cm	drugo	spontan	poškodba	poseg	ostalo					koprivnica	bruhanje	glavobol	draženje kašelj	kolaps	drugo	analgetiki	antialergijska terapija	antifibrinolitiki	drugo (DOAVP)	ambulantno	hospitalno	doma					
A					B	C	D								E				F	G	H	I	J						K				L			M	N	O	P	R