

**Arbetsblad vid KAD-behandling**

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Ordinerande läkare	Ansvarig sjuksköterska	Indikation
Kad-behandling inledd (datum)	Planerad behandlingstid	Planerad omprövning (datum)

Material och ballong

Produktnamn/typ av kateter	Charrière (storlek)	Längd (mm)
----------------------------	---------------------	------------

Ballongen fylls med Sterilt vatten Mängd:

Kontroll av ballongens volym (omkuffning) Tidsintervall:

Kateterbyte

Datum	Sign.	Datum	Sign.	Datum	Sign.	Datum	Sign.
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

TILLBEHÖR *dagtid*

Urinuppsamlingspåse	Slanglängd (mm)	Engångs (1) Flergångs (2)	Propp	Klämma

Upphängningsanordning:**PRODUKT *natttid***

Urinuppsamlingspåse	Slanglängd (mm)	Engångs (1) Flergångs (2)	Propp	Klämma

Upphängningsanordning:**KOMMENTARER, SÄRSKILD OBSERVATION**

