

Kotihoidon seuranta-kaavake / vuototapahtuman hoito

Hoitopäivä:		Klo:	
Nimi :			
Henkilötunnus :		Paino kg :	Pituus cm:

Hoidon syy

Vuoto <input type="checkbox"/> Tapaturma <input type="checkbox"/> Itsestään alkanut vuoto <input type="checkbox"/> Poikkeava räsitus <input type="checkbox"/> Vuodon jatkoahoito <input type="checkbox"/> Leikkaustoimenpiteen jälkivuoto <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____	Muu hoito <input type="checkbox"/> Toimenpiteen yhteydessä <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____ <input type="checkbox"/> Siedätysahoito	Hoitoviive (vuodon alkamisesta hoidon aloitukseen kulunut aika) <input type="checkbox"/> alle 2 tuntia <input type="checkbox"/> 2 – 6 tuntia <input type="checkbox"/> 6 – 24 tuntia <input type="checkbox"/> yli 24 tuntia
--	--	---

Hoito

Lääkevalmiste FVIII <input type="checkbox"/> Advate <input type="checkbox"/> Afstyla <input type="checkbox"/> Amofil <input type="checkbox"/> Elocta <input type="checkbox"/> Kovaltry <input type="checkbox"/> NovoEight <input type="checkbox"/> Nuwiq <input type="checkbox"/> Octafil Low <input type="checkbox"/> ReFacto AF	FIX <input type="checkbox"/> BeneFIX <input type="checkbox"/> Octanine <input type="checkbox"/> Rixubis VWF <input type="checkbox"/> Haemate <input type="checkbox"/> Wilate <input type="checkbox"/> Wilfactin	Muut <input type="checkbox"/> Feiba <input type="checkbox"/> NovoSeven <input type="checkbox"/> Cluvot <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____	Käytetty yksikkömäärä _____ IU /mg Eränumero(t) _____	Hoidon tulos <input type="checkbox"/> Erinomainen <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Huono Kommentit _____
---	--	---	--	---

Vuotokohta

Nivel <input type="checkbox"/> Oikea <input type="checkbox"/> Vasen <input type="checkbox"/> Varvas <input type="checkbox"/> Nilkka <input type="checkbox"/> Polvi <input type="checkbox"/> Lonkka <input type="checkbox"/> Sormi <input type="checkbox"/> Ranne <input type="checkbox"/> Kyynärpää <input type="checkbox"/> Olkapää <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____ _____ _____	Lihäs/pehmytkudos <input type="checkbox"/> Oikea <input type="checkbox"/> Vasen <input type="checkbox"/> Jalkaterä <input type="checkbox"/> Pohje <input type="checkbox"/> Säari <input type="checkbox"/> Reisi <input type="checkbox"/> Pakara <input type="checkbox"/> Nivus <input type="checkbox"/> Lanne <input type="checkbox"/> Kämmen <input type="checkbox"/> Kyynärvarsi <input type="checkbox"/> Olkavarsi <input type="checkbox"/> Pään ja kaulan alue <input type="checkbox"/> Rintakehä <input type="checkbox"/> Vatsa <input type="checkbox"/> Selkä <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____	Suun ja limakalvojen vuodot <input type="checkbox"/> Huulet <input type="checkbox"/> Ikenet <input type="checkbox"/> Poski <input type="checkbox"/> Kieli <input type="checkbox"/> Nielu <input type="checkbox"/> Hammastoimenpide <input type="checkbox"/> Nenäverenvuoto <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____ Muut <input type="checkbox"/> Verta virtsassa <input type="checkbox"/> Verta ulosteessa <input type="checkbox"/> Verta siemennesteessä <input type="checkbox"/> Verioksenus <input type="checkbox"/> Kuukautisvuoto <input type="checkbox"/> Muu vuotokohta kuin edellämaitut: _____
---	--	--

Oireet, vaikeusaste, kipu

Oireet <input type="checkbox"/> Liikerajoitus <input type="checkbox"/> Turvotus <input type="checkbox"/> Kipu <input type="checkbox"/> Mustelma <input type="checkbox"/> Ruhje <input type="checkbox"/> Näkyvä verenvuoto <input type="checkbox"/> Kuumotus <input type="checkbox"/> Tunnottomuus	Vuodon vaikeusaste <input type="checkbox"/> Lievä <input type="checkbox"/> Merkittävä (jatkoahoitoa vaativa) <input type="checkbox"/> Henkeä tai raajaa uhkaava	Kipuasteikko (kivun määrä) <input type="checkbox"/> 0 Ei kipua <input type="checkbox"/> 1 Lievä kipu <input type="checkbox"/> 2 Kohtalainen kipu <input type="checkbox"/> 3 Voimakas kipu <input type="checkbox"/> 4 Sietämätön kipu
--	---	--

Kaavake vastaanotettu: _____ (hoitoyksikkö täyttää)

(Lisätietoja omasta hoitoyksiköstä tai HUS Hyytymishäiriöyksikkö p. 050 427 9230 / päivystys: p. 09 - 471 73841)