

Stichverletzungen

	Bemerkungen, Gefäßnummern		Labor	
			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30	
Patientenkleber (nur Barcode)	Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum) (Barcode bitte links anbringen)			
	_____ _____ <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann			
	Entnahmedatum und -zeit			
	Tag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 18
	Monat	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 14
	Stunde	<input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 14
	Minute	<input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
	Priorität			
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Express <input type="checkbox"/> Notfall			
	Probenmaterial			
	<input type="checkbox"/> Nativ-Blut <input type="checkbox"/> Serum			
	<input type="checkbox"/> Quellenperson Bitte pro Person einen separaten Auftrag ausfüllen (verletzte oder Quellenperson).			
	<input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis C-AK <input type="checkbox"/> HBs Ag Nur bei unklarem Hepatitis B-Impfschutz der verletzten Person <input checked="" type="checkbox"/> HIV-Screening			
frei lassen ! (für Labor reserviert)	<input type="checkbox"/> verletzte Person Bitte pro Person einen separaten Auftrag ausfüllen (verletzte oder Quellenperson).			
	<input checked="" type="checkbox"/> Reserveprobe <input type="checkbox"/> anti HBs Nur bei geimpften Personen mit unklarem Hepatitis B-Impfschutz			
IKMI 11	Bitte pro Person einen separaten Auftrag ausfüllen und mit deutlicher Markierung entweder als verletzte Person oder als QuellenpatientIn.			
	Weitere Untersuchungen nur nach telefonischer Absprache mit dem Dienstarzt IKMI (Tel. 071 494 37 08)			

hier falten