

REGISTRO DE EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICO	
Código: HCF-ONC-FOR-2	Revisão: 0

Nome:	
Nº do Prontuário:	Data de Nascimento: / /
Sexo: M () F ()	Protocolo Quimioterápico:
Data da ocorrência:	Nome da Droga:
Ciclo:	
Quantidade estimada de quimioterápico extravasado:	

Local da punção (identificar na figura): _____

Dispositivo utilizado: Abocath () Scalp () Port-a-Cath ()

Local: _____

Médico Notificado: _____

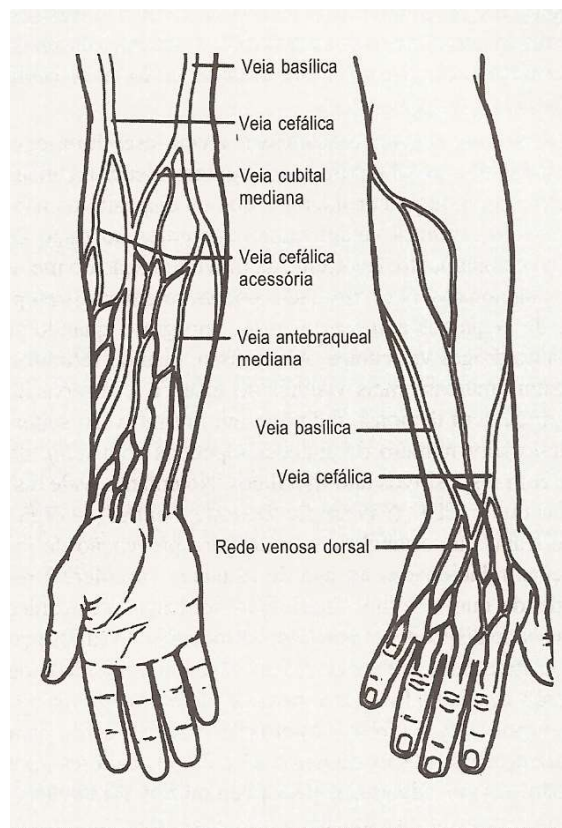


FIGURA (membros D e E com rede venosa)

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO E AÇÕES REALIZADAS

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

- () Compressas Quentes (Vinorelbine, Vimblastina, Vincristina, Paclitaxel e Etoposide)*
- () Compressas Frias*
- () Orientar evitar fotoexposição da área, caso o quimioterápico extravasado seja : Dacarbazina, 5-Fluororacil e Mitomicina C.
- () Orientar manter membro elevado nas próximas 48 horas.
- () Monitorar presença de dor e comunicar equipe médica.
- () Orientar paciente a não realizar ataduras (bandagem) na área extravasada.
- () Monitorar sinais de infecção no local do extravasamento e comunicar equipe médica.

**Imediatamente após ocorrido e 6 vezes ao dia nas próximas 48 horas.*

ENFERMEIRO

AVALIAÇÃO SEMANAL DA LESÃO

Data:	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
Data:	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
Data:	Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

AVALIAÇÃO FINAL

- Houve cicatrização da lesão? () Sim () Não
Houve redução ou perda de movimentos? () Sim () Não
Houve alteração nas funções exercidas pelo paciente? () Sim () Não

ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS POR MÉDICOS/ENFERMEIROS

ENFERMEIRO