**PACJENCI Z ZAŁOŻONYM CEWNIKIEM MOCZOWYM (CM)   
AUDYT (WSKAZANIA I DOKUMENTACJA)**

AUDYTOR

NAZWA ODDZIAŁU

DATA

OGÓLNA LICZBA PACJENTÓW NA ODDZIALE

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień 1 audytu | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: | Nr sali/  Nr łóżka: |
| Inicjały pacjenta |  |  |  |  |  |  |
| Lekarz prowadzący |  |  |  |  |  |  |
| Płeć: K (kobieta), M (mężczyzna) | M czy K | M czy K | M czy K | M czy K | M czy K | M czy K |
| Typ cewnika  KT (krótkoterminowy)  DŁ (długoterminowy) | KT czy DŁ | KT czy DŁ | KT czy DŁ | KT czy DŁ | KT czy DŁ | KT czy DŁ |
| Data założenia CM |  |  |  |  |  |  |
| Planowana data usunięcia/wymiany CM |  |  |  |  |  |  |
| Wskazanie do założenia CM (kody poniżej) |  |  |  |  |  |  |
| Czy jest udokumentowane w historii choroby pacjenta wskazanie do założenia/utrzymania CM? | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie |
| Jeśli wskazanie nie było udokumentowane czy alert został umieszczony w historii choroby? | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie |
| Dzień 4 audytu |  |  |  |  |  |  |
| Czy pacjent ma nadal utrzymany CM? | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie |
| Czy wskazanie do utrzymania CM jest udokumentowane w historii choroby pacjenta? | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie | Tak  Nie |

**Wskazania do założenia cewnika moczowego:**

1. Dla złagodzenia ostrego zatrzymania moczu lub w przypadku przeszkody podpęcherzowej.
2. Aby ułatwić gojenie się otwartych ran krocza lub pośladków.
3. Aby pomóc w osiągnięciu unieruchomienia pacjenta (złamania kręgosłupa lędźwiowego i miednicy).
4. Do monitorowania wydalania moczu.
5. Podczas długotrwałego zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub rdzeniowym.
6. Podczas znieczulenia regionalnego do porodu.
7. Aby umożliwić podanie leków urologicznych (np. cystogram).
8. Dla komfortu pacjenta podczas opieki paliatywnej.
9. W drodze wyjątku, na prośbę pacjenta, aby poprawić komfort.
10. Inne.

Całkowita liczba CM w dniu rozpoczęcia audytu

Całkowita liczba CM z udokumentowanym wskazaniem do utrzymania CM

Całkowita liczba CM w 4 dniu audytu

Całkowita liczba CM z udokumentowanym wskazaniem do utrzymania CM w 4 dniu audytu

**PODPIS AUDYTORA**

**Opracowanie formularza: dr Aleksandra Mączyńska**