Shuntverlaufsprotokoll

Name / Vorname	Geb.-Datum:	Nr.:

Gefäßzugang		Shuntflussmessungen		
Cimino Shunt	O	am:	ml/Min	QB ml/Min:
Gefäßprothese	O	am:	ml/Min	QB ml/Min:
		am:	ml/Min	QB ml/Min:
Abdrückzeit in Min:		am:	ml/Min	QB ml/Min:

Shuntbewertung				
	am:	am:	am:	am:
Inspektion				
Palpation				
Auskultation				
Elevationstest				
* Verlängerte Abdrückzeiten	Ja O	Ja O	Ja O	Ja O
	Nein O	Nein O	Nein O	Nein O

* (häufiger als 1x/Quartal für länger als 5 Min. von der oben genannten Abdrückzeit)

Shuntrevisionen / Komplikationen
Datum
Datum

Shuntqualitätskontrolle

Datum	Nadelgrösse (Gauge)	QB ml/min	Kt/V	Rez %	PA mmHg	PV mmHg	Kommentar