(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
EKSTRAVAZASYON BİLDİRİM VE İZLEM FORMU

Doküman Kodu: KH.FR.004	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

HASTA VE OLAY BİLGİLERİ			
Adı Soyadı		**Protokol No**	
Olay Tarihi / Saati		**Birim**	
İlacın Adı		**Sınıfı (vezikan / irritan)**	
Konsantrasyon / Sızan Tahmini Miktar		**Damar Yolu (periferik / port / SVK)**	
Bölge (sağ / sol, yeri)		**Etkilenen Alan (cm x cm)**	

BELİRTİLER	Evet	Hayır	Açıklama
Ağrı / yanma / batma	☐	☐	
Şişlik	☐	☐	
Kızarıklık	☐	☐	
Solukluk	☐	☐	
Kabarcık	☐	☐	
Kan geri dönüşü yok	☐	☐	
İnfüzyon hızında azalma	☐	☐	

YAPILAN MÜDAHALE	Evet	Hayır	Açıklama
İnfüzyon durduruldu	☐	☐	
Kanülden ilaç aspire edildi	☐	☐	
Hekime haber verildi (saat açıklamada)	☐	☐	
Kanül çıkarıldı	☐	☐	
Alan işaretlendi, fotoğraflandı	☐	☐	
Ekstremite yukarıda tutuldu	☐	☐	
Soğuk uygulama	☐	☐	
Sıcak uygulama	☐	☐	
Antidot uygulandı (adı, dozu, saati açıklamada)	☐	☐	
Plastik cerrahi konsültasyonu istendi	☐	☐	
Hasta ve yakını bilgilendirildi	☐	☐	
İstenmeyen olay bildirimi yapıldı	☐	☐	

İZLEM

Değerlendirme	Tarih	Ağrı (0-10)	Kızarıklık / Şişlik	Kabarcık / Ülser	Hareket Kısıtlılığı	Değerlendiren
24. saat						
48. saat						
1. hafta						
2. hafta						
Diğer						

Bildiren Hemşire	Hekim

Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Tarih / Saat:	Tarih / Saat:
İmza:	İmza:

Bu örnek doküman Prokalite tarafından hazırlanmıştır. Kurumunuzun yapısına, yürürlükteki mevzuata, Sağlık Bakanlığı rehberlerine ve güncel bilimsel kaynaklara göre uyarlanmalı; ilaç, doz ve süre bilgileri kurumun yetkili hekim ve eczacıları tarafından doğrulanmalıdır.