

FICHE DE SURVEILLANCE DE PERFUSION

PATIENT

Nom :
Prénom :
Age :

MEDECIN

Nom :
Tel :

INFIRMIERE

Nom :
Tel :

PRESCRIPTION MEDICALE le/...../.....

VOIE D'ABORD

S/C posée le/...../..... sur

Périphérique microperfuseur n°..... posé le...../...../.....

Périphérique KT court n°..... posé le...../...../.....

Centrale gripper posé le /...../.....
rinçage le/...../.....

Perfuseur à débit pré-réglé surheure(s)

PERFUSION POSEE le/...../.....

Sérum physiologiqueml surheure(s)
.....fois/jour

Glucoséml surheure(s) pendant
.....jours

Electrolytes: Naclg/l Kclg/l

Antibiotiques : Specialités:

Corticoïdes : Spécialités :

Autres :

OSERVATIONS

ARRET de la PERFUSION le/...../.....