

VAKUM BEHANDLING.

SMITH & NEPHEW NR.-----

Påbegynt vakum behandling, dato:-----

Avdeling:-----

Avsluttet vakum behandling, dato:-----

Avdeling:----- Tlf.-----

Pasientens navn:-----

Ansvarlig lege + spl:-----

Ansvarlig spl. tar kopi av utfylt ark og legger det i permen.

**NB! Har apparatet du låner en lader, skal den alltid medbringes
når du er til kontroll/evt innlegges i sykehus.****Dette skjema skal alltid følge vakumpumpa!****Kryssreferanser**[II.SOK.KSK.FEL.2.S-11](#) [Sårbehandling med vakumpumpe Kirurgiske Senger - SSK](#)**Eksterne referanser**<http://www.smith-nephew.com/no/>