



KLINIČNA POT – CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA PRI TOTALNI ENDOPROTEZI KOLENA

Diagnoza: _____

| | Ambulantni, dne: | Zdravnik: | Predoperativni, dne: |
|--------------------------------|------------------|-----------|----------------------|
| Ortopedski pregled: | | | |
| Anesteziološki pregled: | | | |

Datum sprejema v bolnišnico: _____

Datum operacije: _____

Operator: _____

Vrsta proteze: _____

Predviden datum odpusta: _____

Dejanski datum odpusta: _____

Klinična pot dokončana DA NE zakaj _____

| Sprejemni zdravnik | Sprejemna medicinska sestra |
|--------------------|-----------------------------|
| | |

KAJ JE KLINIČNA POT (KP)

- Klinična pot je orodje, ki temelji na dokazih podprti medicini, zdr.negi...in krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni načrt večdisciplinane zdravstvene oskrbe tipične vrste pacientov z določenim obolenjem ali načrtovanim posegom. Obsega celotno oskrbo od začetka do konca obravnave pacienta in pod vodstvom celotnega večdisciplinarnega tima.
- Sestavni del klinične poti je tudi celovita dokumentacija, ki združuje delo celotnega zdravstvenega tima. Je uradna - standardizirana zdravstvena dokumentacija bolnika, v katerega vsak zdravstveni delavec in sodelavec, vključen v obravnavo ali oskrbo bolnika, potrjuje in zapisuje predvidene ter opravljene storitve, spremlja potek zdravljenja in beleži odklone oz. zaplete.
- KP pomeni povezavo kliničnega dela (strokovnih standardov, smernic) in organizacije v bolnišnici..
- KP nam je v pomoč pri ugotavljanju izidov zdravljenja (kazalniki izidov) in drugih kazalnikov kakovosti. Če nastane varnostni zaplet, ga bomo zapisali in potem analizirali, da bi se česa naučili in varnostni zaplet v podobni situaciji v prihodnje preprečili. Namen KP je izboljšati komunikacijo med posameznimi področji, standardizirati procese in postopke ter analizirati uspešnost zdravljenja. Na podlagi analize odklonov je KP vedno možno spreminjati in posamezne postopke oz. procese izboljševati. Predloge za spremembo KP zbira vodja komisije za kakovost, ki jih predloži v obravnavo strokovno-medicinskemu svetu OBV.

UPORABA KP

Klinična pot se uporablja z namenom, da se zagotovi v času hospitalizacije bolnika :

- Najkakovostnejša zdravstvena obravnava in oskrba
- Strokovno utemeljene odločitve, ki temeljijo na primerih dobre prakse
- Uspešno zdravljenje.

Večpoklicna (multidisciplinarna) skupina zdravstvenih delavcev in sodelavcev OBV je pripravila to KP na podlagi dogovorov in odločitev o potrebnih aktivnostih in postopkih obravnave in oskrbe večine bolnikov, ki ustrezajo kriterijem za to klinično pot.

KP je torej vodilo – smernica za najboljšo multidisciplinarno oskrbo bolnikov.

Vsak dan pogledj, kakšne aktivnosti so planirane za ta dan in odloči ali ustrezajo bolnikovim potrebam:

1. Če ustrezajo, opravi aktivnosti in zabeleži v ustrezna polja na predvidenih obrazcih. Ne pozabi svojega podpisa. Pri nekaterih aktivnostih je potrebno vnesti vrednosti, ali točen čas nastanka nekega dogodka.
2. V primeru, da planirane aktivnosti ne ustrezajo bolnikovemu zdravstvenemu stanju, je potrebno na obrazcu poleg aktivnosti označiti odklon od KP in izpolniti obrazec »Poročilo o nastalem zapletu« s podatki :

- * Čas nastanka zapleta
- * Vrsta zapleta
- * Katera aktivnost je bila izvedena namesto planirane po KP

Z vpeljavo KP lahko pričakujemo, da se bodo aktivnosti, procesi in posamezni postopki, na podlagi analize povratnih informacij o odklonih, spreminjali in prilagajali strokovnim ugotovitvam tima. Na ta način lahko zagotavljamo nenehno izboljševanje kakovosti opravljenih storitev in visok nivo zdravstvene oskrbe.

LOKACIJA KP

- **KP se začne ob sprejemu bolnika na bolniški oddelek**
- V času hospitalizacije na oddelku se nahaja v pisarni vodje zdr.nege boln.oddelka.
- Posamezni dokumenti (kot npr. izvidi diagn.preiskav, ortopedski, anest.pregled ipd.), se vlagajo
- Ob premestitvi na drug oddelek KP potuje z bolnikom (na drugi boln.oddelek, v operacijsko dvorano ali na oddelek za intenzivno nego)
- V času priprave odpustnega pisma hrani dokumentacijo lečeči zdravnik, ki jo po pregledu preda zdravstveni administraciji, ta zaključi posamezne faze, izpiše odpustnico in KP arhivira.

POZOR:
IZPOLNJEVANJE DOKUMENTACIJE JE OBVEZNO. ČE AKTIVNOSTI NISO IZPOLNJENE IN OZNAČENE, SE NISO ZGODILE !



ORTOPEDSKI PREGLED - REGISTER (1/1)

Datum: _____

| | |
|--|---|
| <p>Etiologija (diagnoza pred primarno op.)</p> <p><input type="checkbox"/> primarna artroza</p> <p><input type="checkbox"/> reumatoidni artritis</p> <p><input type="checkbox"/> posledice zloma</p> <p><input type="checkbox"/> posledica pretrganih ligamentov</p> <p><input type="checkbox"/> posledica poškodbe meniskusov</p> <p><input type="checkbox"/> posledica okužbe</p> <p><input type="checkbox"/> NACF (avaskularna nekroza)</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p> | <p>Stran OP</p> <p><input type="checkbox"/> desno</p> <p><input type="checkbox"/> levo</p> <p>Incizijsko mesto</p> <p><input type="checkbox"/> brez posebnosti</p> <p><input type="checkbox"/> brazgotina</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p> <p>RTG kolen opravljen dne</p> <p>_____</p> |
| <p>Predhodne operacije obravnavanega kolena:</p> <p><input type="checkbox"/> nič</p> <p><input type="checkbox"/> osteosinteza</p> <p><input type="checkbox"/> osteotomija</p> <p><input type="checkbox"/> sinovektomija</p> <p><input type="checkbox"/> meniscektomija</p> <p><input type="checkbox"/> artroskopija</p> <p><input type="checkbox"/> druge operacije</p> <p>Druge ortopedske diagnoze</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> | <p>Predoperativni KSKS: ___ + ___ oz. - ni podatka</p> <p>Kontralateralno koleno</p> <p><input type="checkbox"/> brez posebnosti</p> <p><input type="checkbox"/> proteza - <input type="checkbox"/> totalna</p> <p style="padding-left: 150px;">- <input type="checkbox"/> parcialna</p> <p><input type="checkbox"/> artroza</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p> |
| <p>Sprejem in operativni poseg</p> <p>Bolnik seznanjen s potekom in možnimi komplikacijami op. posega <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> | |
| <p>Ostalo _____</p> <p>_____</p> | |

| Podpis ortopeda | Opombe |
|-----------------|--------|
| <p>_____</p> | |



KNEE SOCIETY KNEE SCORE (Ocena Združenja za koleno)Kategorija pacienta:

- A. Unilateralno ali bilateralno (nasprotno koleno že uspešno zamenjano)
 B. Unilateralno, drugo koleno simptomatsko
 C. Multipli artritis ali slabo zdravstveno stanje

Koleno: - desno - levo

REZULTAT

+

KLINIČNA OCENA - pred op -po op: _____mes

Bolečina

| | Točke |
|------------------------------------|-------|
| Ni bolečine | 50 |
| Blaga ali občasna | 45 |
| Samo po stopnicah | 40 |
| Pri hoji po ravnem in po stopnicah | 30 |
| Zmerna | |
| Občasna | 20 |
| Stalna | 10 |
| Huda | 0 |

Obseg gibljivosti

(vsakih 5°=1 točka) max 25

Stabilnost (maksimalna premičnost v določenem položaju)

| | |
|-------------------|----|
| Anteroposteriorno | |
| < 5 mm | 10 |
| 5-10 mm | 5 |
| 10 mm | 0 |
| Mediolateralno | |
| <5° | 15 |
| 6°-9° | 10 |
| 10°-14° | 5 |
| 15° | 0 |

Vmesni seštevek =**Odštevanja (minus):****Fleksijska kontraktura (pasivno)**

| | |
|----------------|----|
| Ni kontrakture | 0 |
| 5°-10° | 2 |
| 10°-15° | 5 |
| 16°-20° | 10 |
| >20° | 15 |

Pomanjkljiva ekstenzija (aktivno)

| | |
|----------------------------|----|
| Ni pomanjkljive ekstenzije | 0 |
| <10° | 5 |
| 10°-20° | 10 |
| >20° | 15 |

Uravnanoost

| | |
|-----------------|---------------------|
| 5°-10° valgus | 0 |
| 4°-0° valgus | (1°razlike=3 točke) |
| 11°-15° valgus | (1°razlike=3 točke) |
| varus in ostalo | 20 |

Vsota odštevanj =

Rezultat kliničnega točkovanja kolena =

(če je številka negativna, je rezultat 0)

FUNKCIONALNA OCENA

| Funkcija | Točke |
|---|--------------|
| Hoja | |
| Neomejena | 50 |
| >1 km | 40 |
| 0,5-1 km | 30 |
| <0,5 km | 20 |
| Vezan na dom | 10 |
| Nesposoben | 0 |
| Stopnice | |
| Normalno gor in dol | 50 |
| Normalno gor, dol ob ograji | 40 |
| Gor in dol ob ograji | 30 |
| Gor ob ograji, dol ne gre | 15 |
| Nesposoben hoje po stopnicah | 0 |
| <u>Vmesni seštevek</u> | = |
| Odštevanja (minus) | |
| Brez bergel | 0 |
| Ena bergla | 5 |
| Dve bergli | 10 |
| Hodulja | 20 |
| <u>Vsota odštevanj</u> | = |
| <u>Rezultat funkcionalnega točkovanja kolena</u> | = |



PISNO SOGLASJE ZA OPERATIVNI POSEG

Podpisani(a)....., ki sem predviden(a) za načrtovano operacijo, oziroma sem starš oz. skrbnik predvidene(ga) za načrtovano operacijo, sem po izčrpnem pogovoru z zdravnikom specialistom ortopedom Ortopedske bolnišnice Valdoltra seznanjen(a):

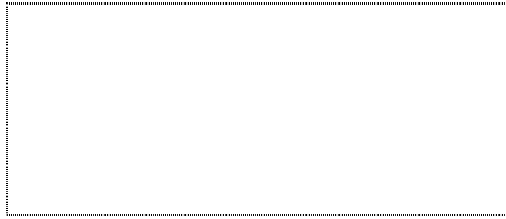
- z naravo in vrsto svoje bolezni,
- s prednostmi in pomanjkljivostmi možnih vrst zdravljenja,
- s predvidenim potekom bolezni, v kolikor se odločim za operativni poseg,
- s potekom operativnega posega in možnimi komplikacijami,
- s postoperativnim potekom vključno z možnimi postoperativnimi komplikacijami.

Potrjujem, da soglašam s predlaganim operativnim posegom.

Podpis bolnika oziroma staršev ali skrbnika: _____

Podpis lečečega zdravnika: _____

Datum: _____



Pisno soglasje za odvzem kostnega tkiva in njegovo shranjevanje v kostni banki

Spodaj podpisani(a) _____, dovolim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrže temveč shrani v kostno banko in uporabi za zdravljenje drugih bolnikov. S spodnjim podpisom tudi potrjujem, da trenutno nisem akutno bolan(a), da nimam ugotovljene nobene hematološke, avtoimune, maligne, spolne ali druge težje kronične bolezni. Potrjujem tudi, da v preteklosti nisem prejel(a) transfuzije krvi oziroma krvnih derivatov.

Pisno soglasje za prejem tujega kostnega tkiva kot oblika zdravljenja

Spodaj podpisani(a) _____, dovolim, da se kot oblika zdravljenja pri načrtovanem operativnem posegu lahko uporabi tuja kost shranjena v kostni banki, v kolikor je to potrebno. S spodnjim podpisom tudi potrjujem, da sem bil(a) izčrpno obveščena o načinu, namenu in poteku celotnega operativnega posega ter o vse znanih rizikih, in komplikacijah, ki so možne pri transplantaciji kostnega tkiva.

Podpis bolnika oziroma skrbnika ali staršev: _____

Podpis lečečega zdravnika: _____

Datum:



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

ANESTEZIOLOŠKI PREGLED

Oddelek: _____ Datum: _____ MI: _____ Amb.števila: _____

Diagnoza:

Starost: _____ Višina: _____ Teža: _____

Telesna temperatura [°C] _____

Krvna skupina: _____ Rh: _____

RR: _____ Pulz: _____ Hb: _____ g/l; Ht: _____

Krvni sladkor: _____ mmol/l; trombociti: _____ 10exp9/l

EKG: _____

RTG .pulm: _____

Morebitne serološke preiskave: _____

Naročene dodatne preiskave : _____

Število enot rezervne krvi _____
Dobi napotnico za odvzem _____ enot lastne krvi

Anestezija: _____

**NIČESAR PER OS PO 24 URI!
PREMEDIKACIJA**

Zvečer: _____

Zjutraj dne: _____ ob _____

(zdravila, doza, način aplikacije)

Aplikacijo izvedel: _____

Opombe

Avtotransfuzija DA NE

Zakaj _____

Podpis anesteziologa: _____

| Anamneza: | DA | NE | | DA | NE |
|----------------------------|----|----|--|----|----|
| Fizična aktivnost | | | Predhodne operacije, anestezije | | |
| Dispnea | | | - komplikacije | | |
| Pljučna obolenja | | | Ali je bil kakšen bližnji sorodnik operiran, je dobil anestezijo | | |
| Težave s srcem | | | -komplikacije | | |
| Zlatenica, jetrna obolenja | | | Zdravila, ki jih jemlje , ali jih je jemal: | | |
| Ledvična obolenja | | | -kortikosteroidi | | |
| Diabetes | | | -psihofarmaki | | |
| Ginekološka anamneza | | | -antikoagulanti | | |
| patološka | | | | | |
| Alergija | | | -imunomodulatorji | | |
| Kadi | | | -ostalo | | |
| Uživa alkohol | | | Dodatna anamneza | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|----|----|------------------------------|----|----|
| Klinični farmacevt –konziliarno | DA | NE | Sprememba obstoječe terapije | DA | NE |
|---------------------------------|----|----|------------------------------|----|----|

Status:

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------|---------------|-------------|
| KOŽA | Topla | Hladna | | | |
| | Suha | Vlažna | | | |
| | Rožnata | Bleda | Cianotična | | |
| GLAVA | Nos prehodan | DA | NE | | |
| | Usta odpre | DA | NE | | |
| | Zobovje sanirano | DA | NE | Zobna proteza | DA NE |
| | Ocena po Mallampathy-u: Razred I II III IV | Tiromentalna razdalja: | | | |
| Vrat | Gibljivost | Popolna | Omejena | | |
| | Ščitnica | Normalna | Eutir | Povečana | |
| Prsni koš | Oblika | | | | |
| | Dihalne ekscurzije | | | | |
| Pljuča | Poklep | | | | |
| | Avskultacija | | | | |
| Srce | Akcija | Ritmična | RR (mm Hg): | Pulz/min | Regularen |
| | | Aritmična | | | Iregularen |
| | Toni | | | | |
| | Šumi | | | | |
| Trebuh | | | | | |
| Spodnje okončine: | | | | | |
| ASA klasifikacijski razred: 1, 2, 3, 4, E | | | | | |
| Zaključek: Bolnik | JE | sposoben za operativni poseg v | | splošni | anesteziji. |
| | NI | | | regionalni | (Obkroži) |

Bolnik je podpisal soglasje za anestezijo: DA NE Podpis zdravnika: _____

PISNO SOGLASJE ZA ANESTEZIJO

Podpisani(a), ki sem predviden(a) za načrtovano operacijo, oziroma sem skrbnik, predvidene(ga) za načrtovano operacijo, potrjujem, da sem izčrpno seznanjen(a) z načinom anestezije in nadzorom življensko pomembnih funkcij med operacijo in v zgodnjem kooperativnem obdobju.

Poučen(a) sem o tem, da je sodobna anestezija varna. Čeprav je vodena strokovno in skrbno, pa se včasih ni mogoče izogniti možnim zapletom, ki so v najhujšem primeru tudi smrtni (kar velja tudi za druga področja medicine).

Potrjujem, da sem poučen(a), da med anestezijo in po njej lahko pride do naslednjih zapletov:

pri splošni anesteziji: slabost z bruhanjem, boleče grlo in mišične bolečine, motnje zavesti do nezavesti in kome, oteženo dihanje in hujše motnje dihanja, motnje v delovanju srca in ožilja, alergične reakcije različnih oblik in stopenj, nevaren porast telesne temperature;

pri regionalni anesteziji: - zaradi lokalnega anestetika: šumenje v ušesih, moten vid, omotičnost, počasen utrip srca; zaradi posega: omrtničnost anesteziranega predela, padec krvnega tlaka, bolečine na mestu vboda, manjša podplutba, občutek gluhosti v predelu blokade, ki traja dlje od načrtovane anestezije in so prehodne, prehodne težave z uriniranjem, glavobol po subarahnoidni anesteziji;

pri anesteziji nosečnic oziroma v porodništvu so možni tudi zapleti pri materi ter pri plodu oziroma rojencu.

Dodatno so glede na moje splošno stanje (oziroma splošno stanje oskrbovanca) možni naslednji zapleti:

.....

Dovolim, da anesteziolog prilagodi (spremeni) predviden način anestezije, če bi to bilo potrebno.

Dovolim morebitno transfuzijo krvi ali krvnih derivatov in sem poučen(a) o možnih nevarnostih le-te, ter sem seznanjen(a) z možnostjo avtotransfuzije.

Želim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrže temveč shrani in uporabi za zdravljenje drugih bolnikov. Potrjujem, da sem prebolel(a):

.....

Potrjujem, da sem dobil(a) izčrpne odgovore na vprašanja in s predvidenimi postopki soglašam.

Podpis bolnika oziroma skrbnika ali staršev:

Podpis anesteziologa:

Datum:



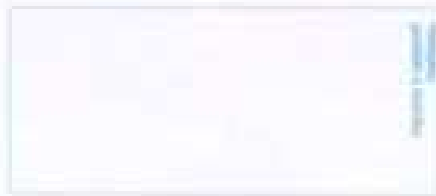
NEGOVALNA ANAMNEZA

1. SPLOŠNI PODATKI O BOLNIKU

| | |
|--|---|
| Priimek in ime: Datum rojstva: Stalno bivališče: Začasno bivališče: Telefon: | Po potrebi obvestiti Priimek in ime: Sorodstveno razmerje: Bivališče: Telefon: |
| Sprejem Datum: ura: <input type="checkbox"/> planiran <input type="checkbox"/> nujen <input type="checkbox"/> premestitev iz | |
| Alregije <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, na kaj | Dieta <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, kakšna |
| Higiensko stanje bolnika ob sprejemu | |
| Dosedanja medikamentozna terapija | |
| Zdravila, ki jih ima s seboj <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, katera | |
| Seznanjenost bolnika (oz. skrbnika) o poteku zdravljenja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne | |
| Pripomočki, ki jih bolnik prinaša s seboj <input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> invalidski voziček <input type="checkbox"/> berglje <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> zobna proteza: zgornja, spodnja <input type="checkbox"/> | |
| Dragocenosti bolnika: <input type="checkbox"/> predane svojcem <input type="checkbox"/> shranjene v boln. trezor <input type="checkbox"/> bolnik jih ima pri sebi | |

2. SOCIALNA ANAMNEZA

| | |
|--|---|
| Zaposlen/poklic upokojen, invalid | |
| Družina (stan, otroci) | |
| Bivalno okolje | |
| Živi <input type="checkbox"/> v domski oskrbi <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> z zakoncem <input type="checkbox"/> pri starših <input type="checkbox"/> pri otrocih | Odnosi v družini <input type="checkbox"/> zelo dobri <input type="checkbox"/> dobri <input type="checkbox"/> slabi |
| Kdo bo bolniku nudil pomoč po odpustu | Potrebna povezava <input type="checkbox"/> s patronažno službo <input type="checkbox"/> socialno službo <input type="checkbox"/> drugo |



EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE MRSA

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Bolnik je prejel antibiotik v naši bolnišnici o drugje bolnišnici, zaradi ne stabilizacije - imobilizirani ali doma za celotno KJC: _____ | NE | DA |
| 2. Bolnik je v zadnjih letih hospitaliziran v drug ustanovi KJC: _____ | NE | DA |
| 3. Bolnik je bil v prehodnih hospitalizacijah že vključen ali kontaktiran z MRSA | NE | DA |
| 4. Bolnik je vključen v spremljanje nosilcev MRSA | NE | DA |
| 5. Bolnik je avtor ali nosilec pritožbe, pri katerih se preiskava spremlja vnos | NE | DA |
| 6. Bolnik je sprejel v naši ustanovi na obdelavo spondilite | NE | DA |
| 7. Bolnik je kirurški bolnik ali travmatičen | NE | DA |
| 8. Bolnik je v zadnjih letih prejel učinkovite antibiotične terapije | NE | DA |

Nadzorite brskje na MRSA odločamo, če imamo vsaj 1 pritrdilni odgovor.

Vzrokavnik: (opomba: vs) _____

Datum: _____





PREDOPERATIVNI DAN

Datum: _____

| Diagnoza | Predviden operativni poseg | |
|---|--|---|
| Faktorji tveganja | | |
| <input type="checkbox"/> sladkorna bolezen | <input type="checkbox"/> povišan tlak | <input type="checkbox"/> srčne bolezni |
| <input type="checkbox"/> kajenje | <input type="checkbox"/> pljučne bolezni | <input type="checkbox"/> ledvične bolezni |
| Alergije na zdravila | _____ | |
| Alergije na hrano | _____ | |
| Ostalo | _____ | |
| Zdravila | | |
| Bolnik redno jemlje | _____ _____ | |
| Zdravila ima s seboj | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Zdravila v času hospitalizacije jemlje sam | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Klinični farmacevt – konziliarni pregled terapije | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| • znaki uroinfekta | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| • septični procesi | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| • predoperativni pregled anesteziologa | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| • premedikacija napisana | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| • podpis soglasij za ortopedski | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| za anesteziološki poseg | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Dodatne laboratorijske preiskave | | |
| <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> DA: | _____ _____ _____ |

Informacije svojcem in odpustni planInformacije svojcem DA NE

Predviden datum odpusta _____

Način prevoza osebni avto reševalno vozilo ostalo _____Bolnik odpuščen domov drugam _____

| Podpis sprejemnega zdravnika | Opombe |
|------------------------------|--------|
| _____ | |

Meritve in ocene stanja pred operativnim posegom

- telesna višina _____ m; telesna teža _____ kg; BMI _____;
- Vitalna kapaciteta _____
- pritisk / pulz 1. _____ 2. _____ 3. _____
- temperatura _____ stanje kože _____ zobovje _____

Naročena kri NE DA**Avtotransfuzija (AT)**

- kri za AT odvzeta NE DA, kje _____
- kri za AT prispela v bolnišnico NE DA, količina _____
- vzorec za hemogram odvzet NE DA

Podpis med. sestre: _____

STANDARDIZIRANI SKLOPI PREISKAV

PREOPERATIVNE PREISKAVE: anesteziološka ambulanta, ob sprejemu

1. Sedimentacija eritrocitov
2. HEMATOLOŠKE: hemogram z DKS
3. TESTI HEMOSTAZE: PČ/INR in Aptč
4. BIOKEMIČNE: glukoza, sečnina, kreatinin, proteini, bilirubin (celokupni, direktni), elektroliti (K, Na, Cl), encimi AST, ALT, GGT, LDH; CRP
5. ANALIZA URINA

NA DAN OPERACIJE

1. DIABETIKI: glukoza (lahko POCT), elektroliti ?
2. BOLNIKI NA OAT: PČ/INR
3. BOLNIKI S TROMBOCITOPENIJO < 100x10⁹/l: hemogram

OSNOVNE POOPERATIVNE PREISKAVE: 1. dan intenzivna nega; dalje glede na predhodne izvide

1. HEMATOLOŠKE: hemogram
2. BIOKEMIČNE: glukoza, sečnina, kreatinin, elektroliti (K, Na, Cl)
3. ANALIZA URINA

PRVI DAN NA ODDELKU

1. HEMATOLOŠKE PREISKAVE: hemogram
2. BIOKEMIČNE PREISKAVE: glukoza, sečnina, kreatinin, elektroliti (K, Na, Cl)

KONTROLE NA ODDELKU: vsak drugi dan glede na predhodne izvide

NA DAN ODPUSTA

1. HEMATOLOŠKE PREISKAVE: hemogram
2. OAT: PČ/INR

Od. 29.1.2007 →

Priimek in ime Oddelek.....

Datum rojstva Sprejet.....

LABORATORIJSKI IZVID

BIOKEMIČNE PREISKAVE

| PREISKAVA | KODA | Orientac. Ref. Vrednost | Enota | | | | | | |
|-----------------------|-------|----------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|
| S - Glukoza | 21310 | 3,6 - 6,1 | mmol/L | | | | | | |
| S - Sečnina | 21120 | 1,7 - 8,3 | mmol/L | | | | | | |
| S - Kreatinin | 21141 | M: 53 - 106 Ž: 44 - 97 | μmol/L | | | | | | |
| S - Cel. Beljakovine | 21020 | 65 - 80 | g/L | | | | | | |
| S - Bilirubin (celok) | 21151 | do 17,00 | μmol/L | | | | | | |
| S - Bilirubin (dir.) | 21152 | do 5,0 | μmol/L | | | | | | |
| S - Kalij | 21501 | 3,8 - 5,5 | mmol/L | | | | | | |
| S - Natrij | 21502 | 135 - 145 | mmol/L | | | | | | |
| S - Kloridi | 21550 | 95 - 105 | mmol/L | | | | | | |
| S - Kalcij | 21511 | 2,1 - 2,6 | mmol/L | | | | | | |
| S - An. Fosfat | 21540 | 0,8 - 1,4 | mmol/L | | | | | | |
| S - AST | 24601 | M: do 0,58 Ž: do 0,52 | μkat/L | | | | | | |
| S - ALT | 24610 | M: do 0,74 Ž: do 0,56 | μkat/L | | | | | | |
| S - γGT | 24681 | M: do 0,92 Ž: do 0,63 | μkat/L | | | | | | |
| S - Alkalna fosfataza | 24720 | Odrasli: 0,73-2,20 | μkat/L | | | | | | |
| S - LDH | 24501 | do 4,13 | μkat/L | | | | | | |
| S - CK | 24620 | M: do 2,85 Ž: do 2,41 | μkat/L | | | | | | |
| S - Lipaza | 24711 | do 1,0 | μkat/L | | | | | | |
| S - α - amilaza | 24701 | do 1,67 | μkat/L | | | | | | |
| U - α - amilaza | 24701 | do 8,35 | μkat/L | | | | | | |
| S - Urat | 21130 | 150-480 | μmol/L | | | | | | |

HEMOSTAZA, D - DIMER

| | | | | | | | | | |
|------------|---------|-----------|------|--|--|--|--|--|--|
| P - aPTČ | 28622 | 26 - 41 | S | | | | | | |
| P - PČ/INR | 28621 | 0,7 - 1,3 | 1 | | | | | | |
| P - DDIMER | STRATUS | < 340 | μg/L | | | | | | |

SRČNI MARKERJI

| | | | | | | | | | |
|-------------------|------------|---------------------------|------|--|--|--|--|--|--|
| P - Troponin I | STRATUS | < 0,06 cutoff > 1,5 | μg/L | | | | | | |
| P - CKMB (masni) | STRATUS | 0,6 - 3,5 cutoff > 5,6 | μg/L | | | | | | |
| S - Prokalcitonin | HITRI TEST | < 0,5 | μg/L | | | | | | |
| S - CRP | | < 5 | mg/L | | | | | | |

BIOKEMIČNE PREISKAVE

| SISTEM - PREISKAVA | KODA | Orientac. Ref. Vrednost | Enota | | | | | | |
|--------------------|-------|----------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|
| S - Holesterol | 21421 | do 5,2 | mmol/L | | | | | | |
| S - Trigliceridi | 21411 | M: do 1,82 Ž: do 1,54 | mmol/L | | | | | | |



Standard fizioterapevtske obravnave pacienta pri operaciji kolena - artroplastika

1. Predoperativna priprava pacienta obsega:

- fizioterapevtske meritve kolen
- uravnavanje bergel
- učenje hoje po ravnem in stopnicah

2. Kinezioterapevtski program:

- vaje za izboljšanje cirkulacije
- izometrične vaje za spodnje ekstremitete
- dihalne vaje
- pasivne, asistirane ali aktivne vaje za operirano koleno, ki se stopnjujejo glede na sposobnosti pacienta
- aplikacija aparata za pasivno razgibanje

3. Priprava bolnika za vstajanje:

- povijanje spodnjih ekstremitet

4. Vertikalizacija:

- sedenje
- stoja

5. Mobilizacija:

- prva hoja (učenje) z berglami ali hoduljo
- hoja po stopnicah

6. Zdravstvena vzgoja in navodila:

- poučimo pacienta kaj lahko in kaj ne sme delati z op. ekstremiteto in ga opozorimo na omejitve in nevarnosti
- naučimo samostojnega transfera s postelje in na posteljo
- damo in razložimo mu pisna navodila v obliki zloženke

7. Pred odpustom iz bolnišnice:

- meritve gibljivosti operiranega kolena

Predoperativna priprava pacienta:

ugotavljanje in ocenjevanje bolnikovega funkcionalnega stanja in sposobnosti s pomočjo izdelanih meritev lokomotornega sistema ter strokovno dokumentiranje podatkov.

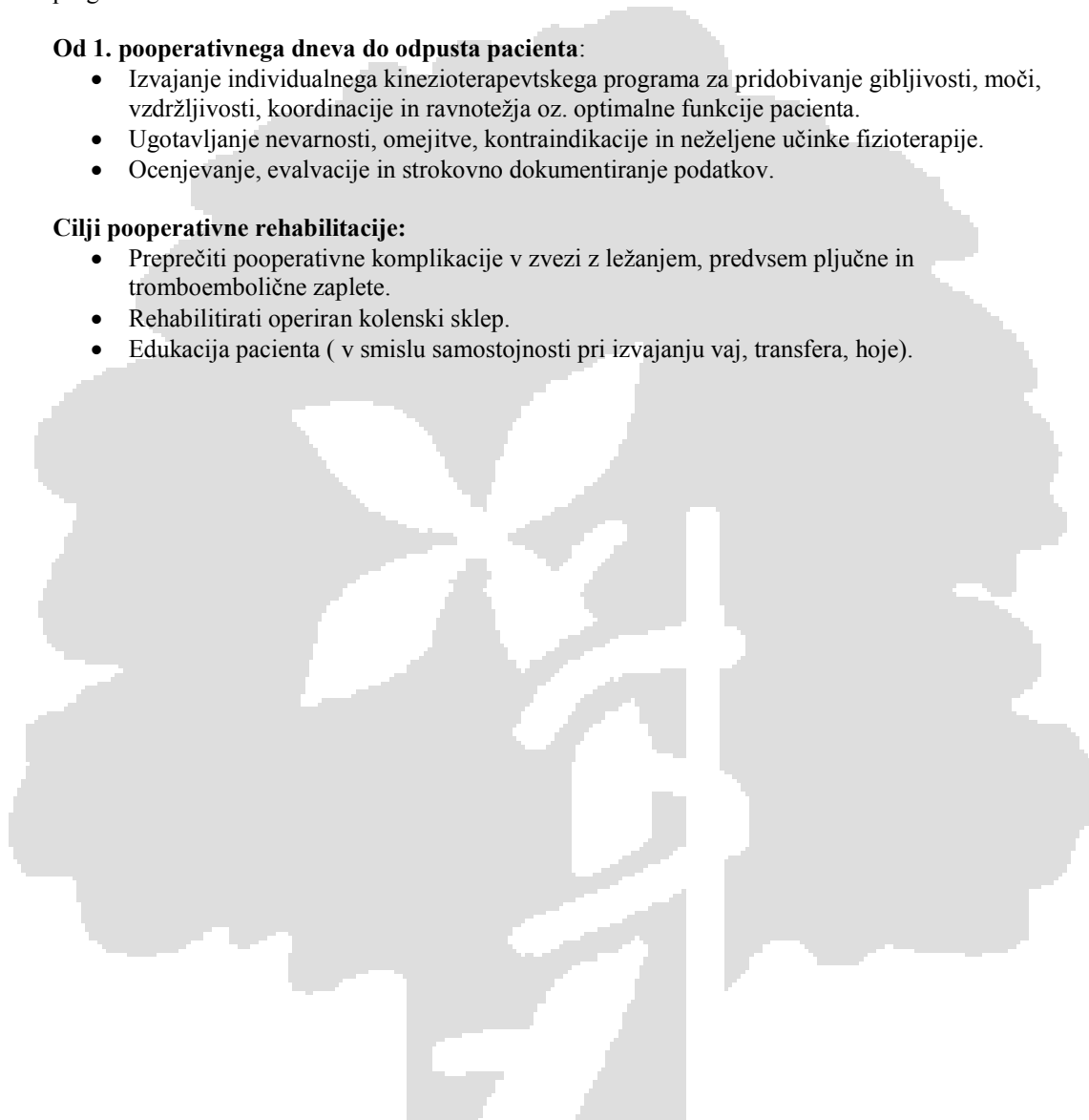
Na dan operacije, glede na naše izkušnje, pacienti niso sposobni izvajati kinezioterapevtskega programa.

Od 1. pooperativnega dneva do odpusta pacienta:

- Izvajanje individualnega kinezioterapevtskega programa za pridobivanje gibljivosti, moči, vzdržljivosti, koordinacije in ravnotežja oz. optimalne funkcije pacienta.
- Ugotavljanje nevarnosti, omejitve, kontraindikacije in neželjene učinke fizioterapije.
- Ocenjevanje, evalvacije in strokovno dokumentiranje podatkov.

Cilji pooperativne rehabilitacije:

- Preprečiti pooperativne komplikacije v zvezi z ležanjem, predvsem pljučne in tromboembolične zaplete.
- Rehabilitirati operiran kolenski sklep.
- Edukacija pacienta (v smislu samostojnosti pri izvajanju vaj, transfera, hoje).



podatki o bolniku

_____ datum operacije

| | pred op. | op. | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|---|----------|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| <i>predoperativna priprava pacienta</i> | | | | | | | | | | |
| <i>kinezioterapevtski program</i> | | | | | | | | | | |
| <i>aplikacija preventivnih povojev</i> | | | | | | | | | | |
| <i>vertikalizacija</i> | | | | | | | | | | |
| <i>mobilizacija</i> | | | | | | | | | | |
| <i>zdravstvena vzgoja navodila</i> | | | | | | | | | | |
| <i>kinetek</i> | | | | | | | | | | |
| <i>ft. meritve po OP</i> | | | | | | | | | | |
| <i>opombe</i> | | | | | | | | | | |
| <i>podpis fizioterapevta</i> | | | | | | | | | | |

| | 9. | 10. | 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <i>predoprativna priprava pacienta</i> | | | | | | | | | | |
| <i>kinezioterapevtski program</i> | | | | | | | | | | |
| <i>aplikacija preventivnih povojev</i> | | | | | | | | | | |
| <i>vertikalizacija</i> | | | | | | | | | | |
| <i>mobilizacija</i> | | | | | | | | | | |
| <i>zdravstvena vzgoja navodila</i> | | | | | | | | | | |
| <i>kinetek</i> | | | | | | | | | | |
| <i>ftt. meritve po OP</i> | | | | | | | | | | |
| <i>opombe</i> | | | | | | | | | | |
| <i>podpis fizioterapevta</i> | | | | | | | | | | |



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

OPERATIVNI DAN

Datum: _____

| Priprava bolnika na oddelku | dop. | pop. | noč |
|---|---|------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Izmerjen pritisk / pulz <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Izmerjena telesna temp. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Izmerjen krvni sladkor <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE diabetiki: zjutraj _____ mmol/l; ob _____ uri • Če je bolnik na oralni antikoag.terapiji: PČ: _____ /INR _____ • Prejeta zdravila <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, katera: <ul style="list-style-type: none"> • _____ ob _____ uri • _____ ob _____ uri • _____ ob _____ uri • Zadnji obrok hrane _____ ob _____ uri • Tešč <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Zadnje uriniranje _____ ob _____ uri Urinski kateter <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Zadnje odvajanje blata _____ ob _____ uri klizma: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Nakit , ličila in zobna proteza odstranjeni <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Spremembe kože <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA • Bolnik okopan <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Operativno mesto pripravljeno <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Okončina označena <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Identifikacijska zapestnica pripravljena <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Spremljajoča dokumentacija <ul style="list-style-type: none"> ○ Zdravstvena dokumentacija <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE ○ Klinična pot <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE ○ Rentgenske slike <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE ○ Laboratorijski izvidi <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE ○ Podpisana soglasja <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE • Bolnik pripravljen na transport <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE | | | OPOMBE: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bolnika spremljal in predal v operacijski dvorani • ob _____ uri podpis _____ | | | |

Podpis med. sestre: _____





Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

OSNUTEK 1

Nalepka: podatki
o bolniku

OPERATIVNI DAN PROTOKOL OPERATIVNEGA POSEGA

Datum:



Podpis zdravnika operaterja:

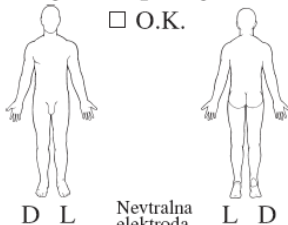



Prostor za nalepke komponent:





Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

| | | | |
|---|---|---|---|
| INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA | | | |
| Posebne bolezni: <input type="checkbox"/> Alergija <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hiv <input type="checkbox"/> Predhodne operacije <input type="checkbox"/> ostalo | | Čistost kože <input type="checkbox"/> Intaktna (B.P.) <input type="checkbox"/> Brazgotine <input type="checkbox"/> Inficirana <input type="checkbox"/> Britje <input type="checkbox"/> Priprava op. polja - datum/ura: | |
| OPERACIJSKA SOBA: <input type="checkbox"/> OP.I <input type="checkbox"/> OP.II <input type="checkbox"/> OP.III <input type="checkbox"/> OP/SEPT <input type="checkbox"/> OP B4 | | | |
| INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA | | | |
| Vrsta anestezije: <input type="checkbox"/> SPL <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> EPIDUR <input type="checkbox"/> I.V.BLOK <input type="checkbox"/> LOK | | | |
| Sprejem v OP. ura: _____ | | Operacija čas min: _____ | |
| OPERACIJA: | | | |
| OP. Ekipa | OPERATER | | UMITA OP.M.S. |
| | I. ASIST. | | NEUMITA OP.M.S. |
| | II. ASIS. | | ANEST. M.S. |
| | ANESTEZIOLOG | | Z.T. ČIŠČENJE op.polja |
| Položaj bolnika <input type="checkbox"/> Na hrbtu <input type="checkbox"/> Trebuh <input type="checkbox"/> L bok <input type="checkbox"/> Polsedeči <input type="checkbox"/> D bok <input type="checkbox"/> Povite noge | | Priprava OP. polja <input type="checkbox"/> Spitaderm <input type="checkbox"/> Skinsept <input type="checkbox"/> Ostalo _____ | Pokrivanje OP. polja <input type="checkbox"/> Enkratno <input type="checkbox"/> Platno <input type="checkbox"/> Ioban <input type="checkbox"/> Steri-drape |
| Štetje pred OP. (število) <input type="checkbox"/> Treb. kompr. <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Mali tamp <input type="checkbox"/> Veliki tamp <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje a' 500 <input type="checkbox"/> Inštrumenti | | Dodano med OP. (število) <input type="checkbox"/> Treb. kompr. <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje | Štetje ob zapiranju: <input type="checkbox"/> O.K.  |
| Oskrba rane: <input type="checkbox"/> Zloženeč <input type="checkbox"/> Redivac <input type="checkbox"/> Vatiranec <input type="checkbox"/> Ortopas PO <input type="checkbox"/> Vata <input type="checkbox"/> Toraks dren <input type="checkbox"/> Povojev <input type="checkbox"/> Imobilizacija | | Uporabljene aparature: Elektroskalpel <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Aspirator - Septovac <input type="checkbox"/> Tourniquet <input type="checkbox"/> High Speed drill <input type="checkbox"/> RTG med OP. <input type="checkbox"/> RTG po OP. | Uporabljene aparature: <input type="checkbox"/> Endoskop <input type="checkbox"/> Pumpa <input type="checkbox"/> Shaver <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> VAPR <input type="checkbox"/> Intra.op. zbiranje krvi <input type="checkbox"/> Ostalo |
| Čiščenje in razkuževanje op.prostora: | | | |
| Predaja BOL. ob ura. _____ | | <input type="checkbox"/> Oddelek <input type="checkbox"/> Int. nega <input type="checkbox"/> Recovery | Podpis Umita M.S.: Nemita M.S.: |
|  Dvigovanje |  Blazina |  Sam Samostojno | |

Posebna naročila za pooperativno zdravstveno nego:

Implantanti:

Acetabulum

Stem

Glava

- Cement _____ Navaden Antibiotični
 - Mešanje cementa _____ Vakumsko
 - Spiranje _____
 - Rokavice Enojne Dvojne Bombaž

| Šivi (število) | OP. Set | |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vicryl | <input type="checkbox"/> Halluxi | <input type="checkbox"/> MENJAVA |
| <input type="checkbox"/> Vicryl rapid | <input type="checkbox"/> TPC | <input type="checkbox"/> ARTRO KOLENA |
| <input type="checkbox"/> Etylon | <input type="checkbox"/> TPG | <input type="checkbox"/> ARTEO RAMA |
| <input type="checkbox"/> Svila | <input type="checkbox"/> SCOL | <input type="checkbox"/> ARTRO KRIŽNI |
| <input type="checkbox"/> Etibond | <input type="checkbox"/> HD. | |
| <input type="checkbox"/> Ligaclip | | |
| <input type="checkbox"/> Ostalo | | |

Kontrola sterilnosti: Parna sterilizacija Plazma

Posebnosti med op posegom:

TISKARNA VEK VIKTOR

Komentar [13]: Dodaj v okencu identiteto bolnika preveril še: preveril zapestnico



Soba št.:

Ortopedska bolnišnica
Valdobitva

Bolnikovo stanje pred anestezijo

Anestezija: dobro
Tel. teža: zadovoljivo
Temp.: slabo
Dihala: prav slabo

Občolja: A.P. mmHg
Hb: g%
EKG:

Endokrine motnje (terapija):
Diabetes
Steroidi

Ostala obolenja:

Alergija na:

Krvna skupina:
Kd naročena: ml
Prejšnje transfuzije (reakcija):

Prejšnje anestezije (reakcija):

Zadnji obrok hrane dne: ob: uri

Operacija programska mljna

Bolnikovo stanje med anestezijo

Potek anestezije:

Oper. diagn.:

Operacija:

Operacija:

Operacija:

| Ura | O ₂ | N ₂ O | Legra | L.V. | mmHg | °C |
|-----|----------------|------------------|-------|------|------|----|
| 220 | | | | | | 40 |
| 200 | | | | | | 39 |
| 180 | | | | | | 38 |
| 160 | | | | | | 37 |
| 140 | | | | | | 36 |
| 120 | | | | | | 35 |
| 100 | | | | | | 34 |
| 80 | | | | | | 33 |
| 60 | | | | | | |
| 40 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |

Premedikacija

Rect S.C. I.M. I.V.

Anestezija: splošna regionalna

Prejeto krvi: ml

Dane količine: ml

Datum anestezije: Operater:





REGISTER ZA PRIMARNE KOLENSKE PROTEZE (2/2)

Komentar [I4]: Obrazec v
dveh izvodih: original je del KP,
kopijo dobi Vesna Levašič

Pristop:

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Medialni parapatelarni. | 4. Lateralni parapatelarni. |
| 2. Medialni subvastus. | 5. Lateralni subvastus. |
| 3. Medialni miniinvazivni. | 6. Lateralni miniinvazivni. |

Križne vezi:

- | | | |
|---------------------------------------|------|------|
| 1. Sprednja, intaktna pred operacijo. | 0 Ne | 1 Da |
| 2. Sprednja, intaktna po operaciji. | 0 Ne | 1 Da |
| 3. Zadnja, intaktna pred operacijo. | 0 Ne | 1 Da |
| 4. Zadnja, intaktna po operaciji. | 0 Ne | 1 Da |

Sistemska antibiotična profilaksa:

- | | |
|--------|--------|
| 1. Ne. | 2. Da. |
|--------|--------|

Trajanje operacije (min):.....

Navigacija:

- | | |
|--------|--------|
| 1. Ne. | 2. Da. |
|--------|--------|

Operacija v brezkrvnem stanju:

- | | |
|--------|--------|
| 1. Ne. | 2. Da. |
|--------|--------|

Perioperacijski zapleti :

- | | | |
|-------|--------|--|
| 1. Ne | 2. Da: | a) zlom femurja, |
| | | b) zlom tibie, |
| | | c) poškodba ligamentov: -MKL -LKL -patelarni |
| | | d) večja krvavitev, |
| | | e) poškodba živca, |
| | | f) večja možnost kontaminacije, |
| | | g) drugo |

Datum operacije:.....

Podpis ortopeda, ki je izpolnil formular:.....

OPERATIVNI DAN ZGODNJA POOPERATIVNA OBRAVNAVA

Datum:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Pooper. RTG kolena | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Navodila za fizioterapijo in postop. nego | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |
| Obrazec za register kolen izpolnjen | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE |

Podpis zdravnika operaterja: _____

Bolnika spremljal v oddelek za postoperativno nego _____ Podpis: _____

Bolnika sprejel na oddelku za postoperativno nego _____ Podpis: _____



INTENZIVNA NEGA

Datum:

Diagnoza:

Aneste

Dan po operaciji:

Operacija:

Operater:

Komentar [15]: Laboratorij: PČ namesto TT; črta se RČ; spodaj preiskave dodati Dodatne

| | | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
|---------------------|-------------|----|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|
| 36 26 16 6 | 220 | | | | | | | | | | | | | 220 | | | |
| | 200 | | | | | | | | | | | | | 200 | | | |
| | 180 | | | | | | | | | | | | | 180 | | | |
| | 160 | 40 | | | | | | | | | | | | 160 | 40 | | |
| | 140 | 39 | | | | | | | | | | | | 140 | 39 | | |
| | 120 | 38 | | | | | | | | | | | | 120 | 38 | | |
| V.A.S. | 100 | 37 | | | | | | | | | | | | 100 | 37 | | |
| | 80 | 36 | | | | | | | | | | | | 80 | 36 | | |
| | 60 | 35 | | | | | | | | | | | | 60 | 35 | | |
| | 40 | 34 | | | | | | | | | | | | 40 | 34 | | |
| TERAPIJA | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prejel | per os | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | infuzija | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | transfuzija | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Izgubil | urin | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | spec. teža | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | dreni | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | bruhanje | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ODVAJANJE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBRAČANJE | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EPIKRIZA

TIŠKARNA VISA, KOPER

Komentar [17]: Kovačević:
 Legenda:
 Črta se K 2 – ketonal F tbl a 100 mg,
 N1 – Naklofen supp a 50 mg
 N 2 Naklofen/Voltaren tbl a 50 mg
 F – Fortral amp a 30 mgi.m.
 Doda se:
 D – dipidolor 15 mg
 Pod SPREMLJAJOČA
 TERAPIJA še:
 A – analgin 2,5 g

E - Analgetska mešanica za EDK
 M - Morfin 0.015-0.02 mg/kg/h v inf.
 T 1 - Tramal 100 mg i.v. v inf.
 T 2 - Tramal 200 mg i.v. v inf.
 T 3 - Tramal supp à 100 mg
 T 4 - Tadol caps à 50 mg
 K 1 - Ketonal supp à 100 mg
 K 2 - Ketonal F tbl à 100 mg
 N 1 - Naklofen supp à 50 mg
 N 2 - Naklofen/Voltaren tbl à 50 mg
 F - Fortral amp à 30 mg i.m.
 P 1 - Paracetamol supp 500 mg
 P 2 - Paracetamol supp 125 mg

KOMPLIKACIJE

Rd - Respiratorna depresija
 Sr - Srbenje
 Na - Navzeja
 Br - Bruhanje
 Op - Opstipacija
 Ru - Retenca urina

SPREMLJAJOČA TERAPIJA

Amyzol; Anafranil; Aurorix; Eutizon B6; Lanicor; Melleril; Metotrexat; Prazine; Propranolol; Trasicor

| DESNO | | | | | | LEVO | | | | |
|-------|--|--|--|--|-----------------------|------|--|--|--|--|
| | | | | | RAMENSKI OBROČ | | | | | |
| | | | | | Elev. skozi antefl. | | | | | |
| | | | | | Elev. skozi abduk. | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | RAMENSKI SKLEP | | | | | |
| | | | | | Antefleksija | | | | | |
| | | | | | Retrofleksija | | | | | |
| | | | | | Abdukcija | | | | | |
| | | | | | Horiz. addukcija | | | | | |
| | | | | | Interna rotacija | | | | | |
| | | | | | Externa rotacija | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | KOMOLEC | | | | | |
| | | | | | Fleksija | | | | | |
| | | | | | Pronacija | | | | | |
| | | | | | Supinacija | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | ZAPESTJE | | | | | |
| | | | | | Dorz. fleksija | | | | | |
| | | | | | Volarna fleksija | | | | | |
| | | | | | Radialna deviacija | | | | | |
| | | | | | Ulnarna deviacija | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Opombe:





FORMULAR OB ODPUSTU

Komentar [I12]: Obrazec v dveh izvodih: original je del KP, kopijo dobi Vesna Levašič

Bolnik(-ca) _____, MI: _____

po vstavitvi proteze v:

- kolk
- koleno
- gleženj
- ramo
- komolec

oz. po operaciji:

- hernie disci
- osteotomiji tibije
- halux valgusa

PRIMARNE KOMPLIKACIJE v času hospitalizacije (izpolni zdravnik ob odpustu):

1. Ni bilo komplikacij
2. Komplikacije pri anesteziji
3. Hematom
4. Okužba
5. Globoka venska tromboza
6. Pljučna embolija
7. Luksacija proteze
8. Pareza živca
9. Nekroza rane
10. Psihoza
11. Zlom
12. Smrt
13. Ostalo: _____
14. Kardio-vaskularni zapleti

Podpis zdravnika: _____

Datum: _____



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

POROČILO O NASTALEM ZAPLETU

Obvezna vsebina poročila:

Pri zapisu odklona je potrebno navesti **čas** in **vsebino** odklona, **vzrok** odklona-glede na štiri vrste in **ukrep**, ki smo ga izvedli zaradi odklona

Vrste odklona od KP:

1. odkloni, ki nastanejo zaradi spremembe v pacientovem zdravstvenem stanju-pojavi se zaplet,
2. odkloni, ki se pojavijo, ker člani tima ne sledijo aktivnostim, zapisanim v klinični poti (npr pozabi napisati napotnico za rtg slikanje)
3. sistemski odkloni, ker določene aktivnosti ni mogoče izvesti zaradi nerazpoložljivosti opreme, storitev (npr. ni zdravnika, ki bi znal to narediti ipd.)
4. klinična pot za tipične paciente ni ustrezna

TEKST...

Podpis zdravnika: _____



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

OBVESTILO ZDRAVNIKU

DIAGNOZE:

KODA OPERATIVNEGA POSEGA:

Gospod/gospa _____, sprejet/a dne _____, zaradi predvidene vsaditve umetnega kolka/kolena.

V anamnezi navaja bolečine v levem/desnem kolku/kolenu _____ let, ki so posledica _____. (Povzetek kliničnega stanja pred op) V splošnem statusu ob sprejemu ni posebnosti. Lokalni status pokaže omejeno gibljiv/o desni/levi kolk/koleno, ki po Harrisu/KSKS doseže _____ točk.

RTG slika pred operacijo: (opis)

Operiran/a dne _____. Vstavimo mu/ji (tip proteze). Na post operativni RTG sliki dober položaj endoproteze. Po operaciji je afebrilen/a, normotenziven/a. Prejema analgetika, svojo internistično terapijo. Proti trombozi je zaščiten/a s/z (vrsta antikoagulantne terapije), katerega naj prejema do 35. post operativnega dne.

Post operativna fizioterapija poteka po programu, rana celi per primam.

Laboratorijski izvidi ob odpustu: _____

DOMA: kontrola hemograma, trombocitov čez teden dni pri svojem zdravniku. V primeru nižjih vrednosti trombocitov od referenčnih, kontrola pri internistu glede nadaljnje post operativne profilakse (*oziroma kontrola PČ/INR, če je bila uvedena oralna antikoagulantna terapija*)

Odstranitev šivov v domačem ZD 14. post operativni dan, obremenjevanje do bolečine, postopno opuščanje bergel.

Čez mesec dni bolnika/co napotiti na post operativno rehabilitacijo v _____.

KONTROLA: pri nas dne _____.

V primeru kakršnega koli poslabšanja stanja, kontrola pri nas takoj.

Datum: _____

Podpis zdravnika: _____





Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

ODPUST

ŠE NEDOKONČANO: **ODPUST**

Obvestilo službe ZN spremlja bolnika DA NE; podpis: _____

Opcija:

Navodila ob odpustu izdana bolniku:

- lekarna: DA NE; podpis: _____
 - ZN: DA NE; podpis: _____
 - ostalo... DA NE; podpis: _____

Podaljšana medikamentozna terapija

Izpolni lekarna

Bolnik prejel ob odpustu:

- recept za podaljšano terapijo
 navedi: _____
 zdravila za dolžino terapije: _____
 farmacevtska skrb
 pisna navodila o uporabi zdravil
 medicinski pripomoček
 navedi: _____

Podpis farmacevta: _____

Opomnik za pomanjkljivosti popisov bolezni_Priloga II

| | |
|-------------|------------------|
| Bolnišnica: | Številka popisa: |
| Oddelek: | |

Nalepka pacienta:

| | | Da | Ne | Opomba |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------|
| 1 | Podatki identifikacije bolnika | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Anamneza, ki vsebuje: glavno težavo, zaradi katere je bolnik poiskal pomoč | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | Podrobnosti sedanje bolezni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | Pomembne bolezni v preteklosti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | Socialna in družinska anamneza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | Spraševanje po organskih sistemih | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | Povzetek bolnikovih psihosocialnih potreb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | Zaključek ali vtis na podlagi anamneze in fizikalnega pregleda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | Izjava o načrtovanju bolnikove oskrbe in občasen pregled načrta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | Diagnostična in terapevtska naročila | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12 | Dokazi pravih pristankov bolnika po pojasnilu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | Zapisi sledenja zdravnikov in drugega pooblaščenega osebja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | Poročila konzultantov, kjer je to primerno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | Poročila o diagnostičnih in terapevtskih procedurah, kot so poročila o biopsijah, laboratorijskih testih, slikovnih testih itd. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16 | Poročila o donaciji ali prejemu transplantatov ali implantov | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 | Končna diagnoza/diagnoze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18 | Zaključek ob koncu hospitalizacije | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19 | Povzetek ob odpustu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20 | Navodila bolnikom in svojcem ob odpustu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 21 | Rezultati avtopsije, če je do nje prišlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| Ime in priimek zdravnika | Podpis zdravnika | Datum |
|--------------------------|------------------|-------|
| | | |