



Javni zdravstveni zavod

**Splošna bolnišnica Brežice**

*Moje zdravje.*

Černelčeva cesta 15  
8250 BREŽICE

## KLINIČNA POT LAPAROSKOPSKA STERILIZACIJA

**Priimek in ime pacientke:** .....

**Datum rojstva:** .....

Prostor za nalepko

**Datum vloge:** .....

**Datum odobritve:** .....

**Številka sklepa:** .....

**SPREJEMNI ZDRAVNIK :** .....

**DATUM OPERACIJE:** .....

**OPERATER :** .....

**ODPUSTNI ZDRAVNIK :** .....

**DATUM ODPUSTA :** .....

**TELEFONSKA ŠTEVILKA PACIENTKE:** .....

# 1. SPREJEMNA AMBULANTA

Ginekološki status: .....

Ginekološka anamneza:        **ZP:**..... **P:** ..... **Ab.:** .....

Družinska anamneza: .....

	NE	DA	Katere	Parafa
Spremljajoče bolezni:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	_____
Alergije:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	_____
Dosedanje operacije:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	_____
Zdravila:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	_____
Opravljene osnovne laboratorijske predoperativne preiskave:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(glej izvide)	_____
Opravljen pregled anesteziologa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>(glej anesteziološki izvid)</b>	_____
Prebrano in podpisano soglasje in izjava o operaciji:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Prebrano in podpisano soglasje za anestezijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

**Podpis sprejemnega zdravnika:** .....

## 2. SPREJEM PACIENTA NA ODDELEK DNE ..... OB ..... URI

Klinične meritve: RR ...../.....mmHg PULZ ...../min SaO2 ..... % TT.....° C

	NE	DA	Parafa
Pacient je tešč:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seznanitev pacienta s prostori na oddelku:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seznanitev pacienta s pravicami in dolžnostmi:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Odstranitev nakita, proteze, ortodontskih in ortopedskih pripomočkov:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuširanje:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Priprava operativnega polja ( britje ) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pregled anesteziologa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Podpisano soglasje za anestezijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Podpisano soglasje in izjava za operacijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	NE	DA	Parafa
Izpraznitev mehurja pred operativnim posegom:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Odvajanje blata pred operativnim posegom:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Prejme premedikacijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Spremstvo pacienta v operacijsko dvorano:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Komunikacija poteka nemoteno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Podpis med. sestre:** .....

### 3. SPREJEM V OPERACIJSKO SOBO

Čas prihoda pacientke v operacijsko dvorano: **ura** .....

	NE	DA	Parafa
Namestitev nevtralne elektrode:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	<b>intaktna</b>	<b>poškodovana</b>	Parafa
Ocena stanja kože na operativnem polju:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	<b>roka</b>	<b>noga</b>	<b>trup</b>	Parafa
Način fiksacije pacienta:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	NE	DA	Parafa
Kontrola sterilnosti:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Razkuževanje operativnega polja z .....

	<b>platno</b>	<b>material za enkratno uporabo</b>	Parafa
Pokrivanje operativnega polja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Čas odhoda pacientke iz operacijske dvorane: **ura** .....

Podpis: **OP DMS umita** ..... **OP DMS neumita** .....

## ANESTEZIOLOŠKI DEL

Žilni pristop : i.v. kanila: **ura** ..... **lokacija** ..... **velikost** .....

	splošna	regionalna	kombinirana	lokalna	Parafa
Vrsta anestezije:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

NE DA Parafa anesteziologa

Priložen anestezijski list zdravnika:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

NE DA Parafa DMS

Priložen anestezijski list DMS pri anesteziji:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

NE DA Parafa

Anesteziološki zapleti med operacijo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

**KATERI** .....  
.....

**Podpis anesteziologa:** .....

## KIRURŠKI DEL

	DA	NE	Zakaj	Parafa
Opravljen poseg:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	_____

	NE	DA	Kateri	Parafa
Dodatni ukrepi ob posegu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	_____

NE DA Parafa

Poseg zabeležen v protokol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

NE DA Parafa

Operacija napisana:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
---------------------	--------------------------	--------------------------	-------

**Podpis operaterja:** .....

#### 4. ZGODNJE POOPERATIVNO OBDOBJE

Pacientka je iz operacijske dvorane premeščena ob uri ..... v

Operacija napisana:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Parafa

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- prebujevalnico – glej pooperativni list  
 neposredno na oddelek – glej oddelčni temperaturni list  
 CIT – glej CIT temperaturni list

Stanje pacientke ob prihodu:  buden  orientiran  neorientiran Parafa \_\_\_\_\_

Klinične meritve: RR ...../.....mmhg PULZ ...../min SaO2 ..... %

Dobila predpisano terapijo:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Odhod iz: prebujevalnice ob .....uri

CIT ob .....uri

Podpis med. sestre: .....

#### 5. POOPERATIVNO OBDOBJE – glej temperaturni list!

Klinične meritve: RR ...../.....mmhg PULZ ...../min SaO2 ..... %

Uriniranje:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Odstranitev i.v. kanala:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Kontrola op. rane:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Nadaljevanje predpisane terapije:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Podpis med. sestre:.....

## 6. ODPUST PACIENTA IZ BOLNIŠNICE – glej obvestilo zdravniku!

Pacient odpuščen v domačo oskrbo:  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Pacient dobi ustna in pisna navodila in pojasnila v zvezi z lajšanjem bolečine, prehrano, telesno temperaturo, opazovanjem op. rane, pobiranjem šivov, pooperativno kontrolo, itd.  NE  DA Parafa \_\_\_\_\_

Dobi tudi navodilo, kam in koga naj pokliče v primeru odstopanj od pričakovanega pooperativnega poteka (tel. št. 07 46-68-145).

Obvestilo zdravniku prejela:  osebno  prejeli svojci  poslano po pošti Parafa \_\_\_\_\_

Podpis odpustnega zdravnika: .....

Posebni odkloni, dogodki in stanja med hospitalizacijo:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sestavni del klinične poti so še:

- Temperaturni list
- Anesteziološki listi
- Pisna privolite za op. poseg LPSC
- Pisno soglasje za anestezijo in transfuzijo
- Dokumentacija zdravstvene nege na oddelku in intraoperativna
- Vloga za odobritev sterilizacije
- Privolitev za sterilizacijo
- Zapisnik seje komisije 1. stopnje
- Sklep komisije 1. stopnje