

Klinična pot: SPREJEM V URGENTNI CENTER

[Podatki o pacientu] (če ni znana identiteta pacienta vpisati matično številko oziroma drugo številko)
(obvezno nalepka TAKOJ, ko so znani podatki)

Priimek:

Ime:

Datum rojstva:

ZZZS št. zavarovane osebe:

Identifikacijska št. pacienta:

DELOVNA DIAGNOZA: _____ Šifra po MKB: _____

SPREJEMNI ZDRAVNIK (žig)

Podpis: _____

SPREJEMNA DMS/SMS: _____

Podpis: _____

DATUM PRIHODA V URGENTNI CENTER: _____ URA: __:__

PRIHOD PACIENTA V URGENTNI CENTER:

osebnim avtomobilom / peš Spremnstvo svojcev/bližnjih/ostalih: DA NE

Kontaktna oseba : _____ Kontaktna gsm št.: _____

reševalnim vozilom

Prisoten zdravnik v spremstvu: DA NE Kateri: _____ PHE: _____

Izdana kopija protokola PHE: DA NE Dodatna dokumentacija: DA NE

Opombe: _____

Identiteta pacienta je znana: DA NE Opomba: _____

Kartica KZZ: DA NE

Razlog urgentnega sprejema :

prometna nesreča delovna nesreča nesreča izven dela bolezensko stanje

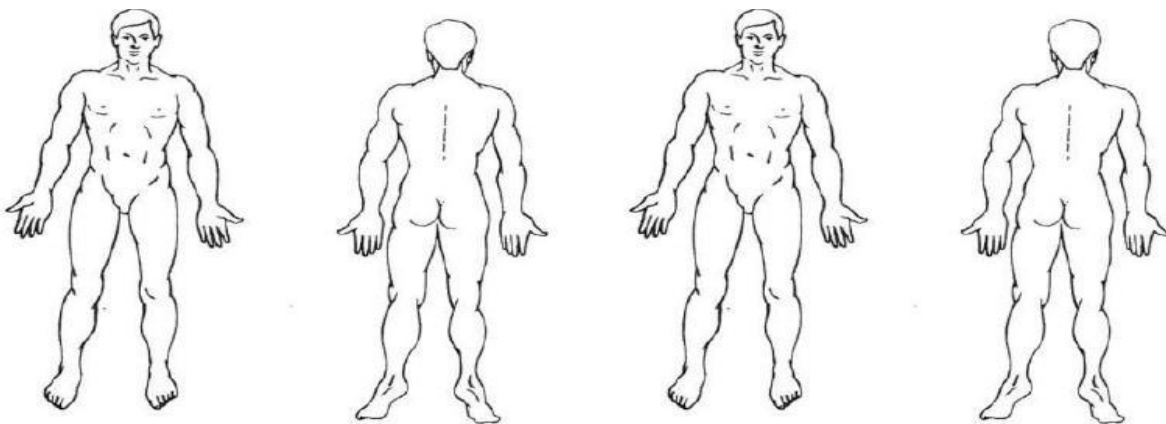
Opombe:

OZNAČBA POŠKODB: vidne nevidne

Pacient ima rano: DA NE

Pacient ima RZP: DA NE

Označi!



OCENA ŠOKOVNE OGROŽENOSTI (vrednosti VF vpiše MS/TZN, oceno poda zdravnik)

OCENA IZGUBE KRVI (ml / %) (obkroži)	< kot 750ml ali <15%	> 750-1500 ml ali med 15-30%	>1500-2000ml ali med 30-40%	> kot 2000ml ali > kot 40%
PULZ/ min Izmerjena vrednost: _____	Pod 100	100-120	120-140	Nad 140 /min
SISTOLNI RR Izmerjena vrednost: _____	normalen	normalen	Znižan	Nemerljiv ?
DIASTOLNI RR Izmerjena vrednost: _____	normalen	znižan	Zelo znižan	?
DIHANJE/min vrednost: _____ SpO2: _____%	14-20	20-30	30-40	več kot 40
DIUREZA/ml Količina: _____ ml <input type="checkbox"/> ni podatka	> kot 30ml	20-30 ml	10-20 ml	0-10 ml
STANJE ZAVESTI (obkroži)	živahen	Anksiozen, agresiven	Anksiozen, zmeden	Letargija, nezavest
POLT (obkroži)	normalna	bleda	bleda	pepelnata
Podaj oceno in vpiši vrednosti :	<input type="checkbox"/> 1.STOPNJA	<input type="checkbox"/> 2. STOPNJA	<input type="checkbox"/> 3. STOPNJA	<input type="checkbox"/> 4.STOPNJA

prsna bolečina

bolečine v trebuhu

febrilno stanje

OCENA PO GCS*: NE DA blaga: GCS 14-15 srednje huda: GCS 9-13 huda: GCS 3-8

ZAPOREDJE UKREPOV / POSTOPKOV-MANCHESTERSKLTRIAŽNLLIST :

takoj 10min 60 min 120 min ostalo _____

KONTROLNI LIST AKTIVNOSTI: (*označi MS/TZN)

- Dokončno ugotovljena identiteta pacienta**
- Vzpostavljen stik s svojci**
- Zagotovljeno varovanje pacientovih osebnih predmetov in denarja**
- Izpolnjen soglasni del / Navesti razlog zakaj ne:** _____
- Izpolnjen seznam pacientove redne terapije (priloga obrazec)**
- Oskrba poškodovanega mesta** _____
- Reanimacija**
- Aplikacija O2** koncentracija ____ % preko maske nosnega katetra tubusa
- Torakalna drenaža** _____
- Vzpostavitev venske poti** /lokacija:_____ vrsta kanile:_____
- Uvedba CVK/** lokacija:_____ vrsta/ št.:_____
- Vstavitev gastrične sonde:** vrsta/ št.: _____
- Aplikacija i.v. tekočin/transfuzije** _____
- Aplikacija i.m. terapije** _____
- ANATE / HAIG** nalepka cepiva
- Antibiotik** _____
- EKG**
- UZ** _____ **DOPPLER**
- CT** _____ **ANGIOGRAFIJA**
- RTG** glava prsni koš medenica hrbtenica (vratna, prsna, ledvena) okončine abdomen
- Vstavitev urinskega katetra/ vrsta:**_____ št. katetra:_____
- Odvzem laboratorijskih krvnih vzorcev** hemogram biokemične mikrobiološke drugo_____
- Odvzem urinskih vzorcev** spontano uriniral odvzem preko katetra anurija
- Opravljen odvzem krvi in tekočin za določanje alkohola in nedovoljenih substanc** _____
- Ureditev sprejemne dokumentacije** _____
- Obveščena policija / CZO** način obveščanja.....
- Opombe:**

NADALJNJA NAPOTITEV:

- oddelčni sprejem _____ opazovalnica CIT reanimacija op.blok
- premeščen _____ domov pacient umrl drugo_____

Sprejemni zdravnik v UC:

ŽIG

Podpis:

Medicinska sestra / TZN :

TISKANO

Podpis:

Datum:

Ura: :

OPOMBE / NAVODILA / POSEBNOSTI: