

Javni zdravstveni zavod  
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE  
Černelčeva cesta 15  
8250 BREŽICE

## **KLINIČNA POT ZA LAPAROSKOPSKO HOLECISTEKTOMIJO**

Prostor za nalepko

**SPREJEMNI ZDRAVNIK** .....

**DATUM OPERACIJE** .....

**OPERATER** .....

**ODPUSTNI ZDRAVNIK** .....

**DATUM ODPUSTA** .....

**TELEFONSKA ŠTEVILKA PACIENTA** .....

## **AMBULANTA**

### **Seznaiter pacienta s klinično potjo – ustrezno obkroži**

Klinični pregled bolnika:     **NE**   **DA** (glej izvid)

Opravljene osnovne laboratorijske predoperativne preiskave: **NE**   **DA** (glej dokumentacijo)

Opravljene predoperativne preiskave:(UZ trebuha, ERCP, PTC – ustrezno obkroži) **NE**   **DA**

Pregled anesteziologa:     **NE**   **DA** ( glej izvid )

Spremljajoče bolezni:     **NE**   **DA** ( katere ) .....

Alergije:                   **NE**   **DA** ( katere ).....

Ali jemljete zdravilo proti strjevanju krvi?     **NE**   **DA** ( katero ).....

Ste prenehali jemati to zdravilo teden dni pred operacijo?   **NE**   **DA**

Ste prebrali in podpisali obrazec o operaciji?     **NE**   **DA**

Ste ob pregledu dobili zadostne informacije o operaciji?   **NE**   **DA**

Ste prebrali in podpisali obrazec o anesteziji?     **NE**   **DA**

Ste dobili zadostne informacije o anesteziji?   **NE**   **DA**

Naročene dodatne oziroma manjkajoče preiskave:   **NE**   **DA** ( katere ).....

.....

.....

.....

## **SPREJEM PACIENTA NA ODDELEK OB ..... URI**

Klinične meritve: **RR** .... / ..... mmhg    **PULZ** ..... /min    **TT** ..... kg    **TV** ..... cm    **T** ..... ° C

Osebna higiena:    **NE**    **DA**

Pregled anesteziologa:    **NE**    **DA** ..... (podpis anesteziologa )

Podpisano soglasje za anestezijo:    **NE**    **DA**

Seznanitev pacienta z operacijo in možnimi zapleti ( pregled operaterja ):    **NE**    **DA**

Podpisano soglasje za operacijo:    **NE**    **DA**

Seznanitev pacienta s prostori na oddelku:    **NE**    **DA**

Seznanitev pacienta s pravicami in dolžnostmi:    **NE**    **DA**

Prejme predpisana zdravila:    **NE**    **DA**

Antikoagulantno zaščito prejme:    **NE**    **DA** ob ..... uri, kaj : .....

Komunikacija poteka nemoteno:    **NE**    **DA**

## **DAN OPERATIVNEGA POSEGA**

Pacient je tešč:    **NE**    **DA**

Tuširanje:    **NE**    **DA**

Priprava operativnega polja:    **NE**    **DA**

Odstranitev nakita, proteze, ortodontskih in ortopedskih pripomočkov:    **NE**    **DA**

Izpraznitev mehurja pred operativnim posegom:    **NE**    **DA**

Odvajanje blata pred operativnim posegom:    **NE**    **DA**

Povijanje nog z elastičnim povojem:    **NE**    **DA**

Prejme premedikacijo:    **NE**    **DA** ( kaj ) .....

Spremstvo pacienta v operacijsko dvorano:    **NE**    **DA**

Operacija:    **DA**    **NE** ( zakaj ) .....

## **MEDOPERATIVNI DEL ( glej list inštrumentark )**

Čas prihoda v operacijsko dvorano: .....

Namestitev nevtralne elektrode:        **nadlaht**        **zadnjica**        **stegno**

Ocena stanja kože na operativnem polju:        **intaktna**        **poškodovana**

Način fiksacije pacienta:        **roka**        **noga**        **trup**

Kontrola sterilnosti:        **NE**        **DA**

Priprava operativnega polja : -britje v operacijski sobi        **NE**        **DA**

Razkuževanje operativnega polja z .....

Pokrivanje operativnega polja:        **platno**        **material za enkratno uporabo**

Oskrba operativne rane:        **samolepilni obliž**        **drugo.....**

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

## **ANESTEZIOLOŠKI DEL**

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

Vrsta anestezije:        **splošna**        **regionalna**        **kombinirana**

Priložen anestezijski list zdravnika:        **NE**        **DA**        podpis anesteziologa.....

Priložen anestezijski list DMS pri anesteziji:        **NE**        **DA**        podpis DMS.....

Anesteziološki zapleti med operacijo:        **NE**        **DA.....**

## **KIRURŠKI DEL**

Zaznamki zdravnika operaterja:        **NE**        **DA** ( glej opis operacije )

Protokol q001 izpolnjen:        **NE**        **DA**        podpis operaterja.....

Ocena kože po odstranitvi negativne elektrode:        **nespremenjena**        **pordela**        **bleda**

Čas odhoda iz operacijske dvorane: .....

## ZGODNJE POOPERATIVNO OBDOBJE

Pacient je iz operacijske dvorane premeščen ob.....uri v:

**prebujevalnico – glej pooperativni list**

**neposredno na oddelek – glej oddelčni temperaturni list**

**CIT – glej CIT temperaturni list**

Stanje zavesti:           **buden**           **orientiran**           **neorientiran**           **somnolenten**

Dihanje:                   **normalno**           **globoko**           **plitko**

Aplikacija kisika med prevozom:           **NE**           **DA.....l/min** pretoka

## POOPERATIVNO OBDOBJE – glej temperaturni list!

## ODPUST PACIENTA IZ BOLNIŠNICE – glej obvestilo zdravniku!

Pacient odpuščen v domačo oskrbo:   **NE**   **DA**

Pacient premeščen na drugi oddelek ali v drugo ustanovo:   **NE**   **DA**

Pacient dobi ustna navodila in pojasnila v zvezi z bolečino, opazovanjem rane, telesne temperature, prehrane in dovoljene telesne aktivnosti:           **NE**   **DA**

Obvestilo zdravniku prejel:           **osebno**           **prejeli svojci**           **poslano po pošti**

Rana zacelila:           **NE**   **DA**

Podpis odpustnega zdravnika: .....

Posebni odkloni, dogodki in stanja med hospitalizacijo:.....

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

## **POGOVOR S PACIENTOM DRUGI DAN PO ODPUSTU**

Odpust dne:.....

Razgovor dne: .....

Pred dvema dnevoma smo Vas po operaciji odpustili v domačo oskrbo.

Ali se počutite po operaciji dobro?    **NE**    **DA**

Ali imate kakšne težave?    **NE**    **DA** ( kakšne ).....

Ali ste že obiskali osebnega zdravnika?    **NE**    **DA**

V primeru kakršnihkoli težav, takoj pokličite na telefonsko številko 07-4668-124 oziroma se oglasite v kirurški ambulanti.

Podpis medicinske sestre, ki je vodila razgovor: .....