



Javni zdravstveni zavod

Splošna bolnišnica Brežice

Moje zdravje.

Černelčeva cesta 15
8250 BREŽICE

KLINIČNA POT - LLETZ

Priimek in ime pacientke,

Datum rojstva,

Prostor za nalepko

SPREJEMNI ZDRAVNIK

DATUM OPERACIJE

OPERATER

ODPUSTNI ZDRAVNIK

DATUM ODPUSTA

TELEFONSKA ŠTEVILKA PACIENTKE

SPREJEMNA AMBULANTA

Razlog sprejema: Patološki bris PAP CIN 1 CIN 2 CIN 3

Ginekološki status:

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

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

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

Dosedanje operacije: NE DA (katere).....

Zdravila: NE DA (katera):

Družinska anamneza:

Opravljen osnovne laboratorijske predoperativne preiskave: NE DA (glej izvide)

Opravljen pregled anesteziologa: NE DA (glej anesteziološki izvid)

Prebrano in podpisano soglasje in izjava o operaciji: NE DA

Prebrano in podpisano soglasje za anestezijo: NE DA

Podpis sprejemnega zdravnika:

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

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

Pacient je tešč: NE DA

Seznanitev pacienta s prostori na oddelku: NE DA

Seznanitev pacienta s pravicami in dolžnostmi: NE DA

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

Tuširanje: NE DA

Priprava operativnega polja (britje) : NE DA

Pregled anesteziologa: NE DA

Podpisano soglasje za anestezijo: NE DA

Podpisano soglasje in izjava za operacijo: **NE DA**
Izpraznitev mehurja pred operativnim posegom: **NE DA**

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

Prejme premedikacijo: **NE DA**

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

Komunikacija poteka nemoteno: **NE DA**

Podpis med. sestre:

MEDOPERATIVNI DEL (glej list inštrumentark)

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

Namestitev nevtralne elektrode: **NE DA**

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

Način fiksacije pacienta: **roka noga trup**

Kontrola sterilnosti: **NE DA**

Razkuževanje operativnega polja z

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

Preparat pripravljen za histološko preiskavo: **NE DA**

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

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

ANESTEZIOLOŠKI DEL

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

Vrsta anestezije: **splošna regionalna kombinirana lokalna**

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

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

Anesteziološki zapleti med operacijo: **NE DA (kateri)**.....
.....
.....

Podpis anesteziologa:

KIRURŠKI DEL

Opravljen poseg: **DA NE** (zakaj).....

Dodatni ukrepi ob posegu : **šiv tamponada Surgicel nič**

Poseg zabeležen v protokol: **NE DA**

Operacija napisana: **NE DA**

Podpis operaterja:

ZGODNJE POOPERATIVNO OBDOBJE

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

prebujevalnico – glej pooperativni list

neposredno na oddelek – glej oddelčni temperaturni list

CIT – glej CIT temperaturni list

Stanje pacientke ob prihodu: **buden orientiran neorientiran**

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

Kontrola krvavitve iz nožnice: **NE DA** (podpis sestre)

Odhod iz: **prebujevalnice ob**uri

CIT oburi

Podpis med. sestre:

POOPERATIVNO OBDOBJE – glej temperaturni list!

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

Kontrola krvavitve iz nožnice: **NE DA** (podpis sestre)

Uriniranje: **NE DA**

Odstranitev i.v. kanala: **NE DA**

Podpis med. sestre:.....

ODPUST PACIENTA IZ BOLNIŠNICE – glej obvestilo zdravniku!

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

Pacient dobi ustna navodila in pojasnila v zvezi z bolečino, krvavitvijo, telesne temperature, higieno in dovoljeno telesno aktivnostjo **NE** **DA**

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

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).....
.....
.....

V primeru težav (bolečine, krvavitve, vročina...), takoj pokličite na telefonsko številko 07-46-68-145 oziroma se oglasite v urgenčni ginekološki ambulanti.

Podpis medicinske sestre, ki je vodila razgovor: