



Javni zdravstveni zavod

**Splošna bolnišnica Brežice**

*Moje zdravje.*

Černelčeva cesta 15  
8250 BREŽICE

## KLINIČNA POT

### Označiti:

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> abrazija  | <input type="checkbox"/> incizija       | <input type="checkbox"/> odstranitev MV        |
| <input type="checkbox"/> ekscizija | <input type="checkbox"/> kondilom       | <input type="checkbox"/> prekinitev nosečnosti |
| <input type="checkbox"/> biopsija  | <input type="checkbox"/> histeroskopija | <input type="checkbox"/> drugi posegi          |

Priimek in ime pacientke, .....

Datum rojstva, .....

Prostor za nalepko

SPREJEMNI ZDRAVNIK .....

DATUM OPERACIJE .....

OPERATER .....

ODPUSTNI ZDRAVNIK .....

DATUM ODPUSTA .....

TELEFONSKA ŠTEVILKA PACIENTKE .....

## AMBULANTNI SPREJEM

Odgovore označiti s kljukico (DA, NE) in podpis s parafa

	DA	NE	Parafa
Obravnava pacientke v ambulanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Evidentiran sprejem, priprava prinesenih izvidov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anamneza vzeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nepotrebne	Naročam	Ima	Parafa
Izvid UZ preiskave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	DA	NE	Parafa
Ginekološki status opravljen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Nepotrebne	Naročam	Ima	Parafa
Predoperativne preiskave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RKS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krvna skupina, Rh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Koagulagram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
KS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
βHCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RTG PC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
UZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Konziliarni pregled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Na novo	Stalna	Parafa
Zdravila predpisana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	DA	NE	Parafa
Pacientki je postopek pojasnjen (celovita obravnava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Izjava o privolitvi v poseg podpisana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Izpisani sprejemni zapisnik in izročen pacientki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pacientka je tešča	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## SPREJEM NA ODDELEK

Odgovore označiti s kljukico (DA, NE) in podpis s parafa

	DA	NE	Parafa
Sprejem pacientke na oddelek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Preoblačenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Meritev vitalnih funkcij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nastavitev i.v. kanala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Organiziranje in izvedba preiskav	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aplikacija predpisane terapije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Priprava pacientke na poseg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## POSEG

	DA	NE	Parafa
Izvidi pregledani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pregled pred anestezijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pacientka seznanjena z anestezijo, izjava podpisana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anestezija izvedena – dokumentacija priložena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mali poseg (protokol) opravljen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tamponada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## PO OPRAVLJENEM POSEGU

	DA	NE	Parafa
Nadzor bolnice po posegu – v prebujevalnici, CIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nadzor bolnice po posegu na oddelku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## ODPUST

	DA	NE	Parafa
Ocena splošnega stanja izvedena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kontrola krvavitve izvedena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kontrola OP polja izvedena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Odstranitev tamponade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Predpis terapije in svetovanje opravljeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Meritev vitalnih funkcij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Odstranitev i.v. kanala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pacientka sposobna za odpust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Odpustnica izdana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## OBRAČUN STORITEV

	DA	NE	Parafa
Obračun opravljenih storitev opravljen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zdravstvena dokumentacija arhivirana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____