

Javni zdravstveni zavod  
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE  
Černelčeva cesta 15  
8250 BREŽICE

## **KLINIČNA POT ZA OPERACIJO SINDROMA KARPALNEGA KANALA**

Prostor za nalepko

**SPREJEMNI ZDRAVNIK** .....

**DATUM OPERACIJE** .....

**OPERATER** .....

**ODPUSTNI ZDRAVNIK** .....

**DATUM ODPUSTA** .....

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

## **AMBULANTA**

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

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

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

Opravljena EMG preiskava:     **NE**   **DA**

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 in lokalni anesteziji?     **NE**   **DA**

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

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

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

Komunikacija poteka nemoteno:    **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**

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

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

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

Čas prihoda v operacijsko dvorano:    .....

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

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**.....

## KIRURŠKI DEL

Uporabljeno Esmarchovo brezkrvje:    **NE**    **DA** .....mmHg, čas uporabe:.....min

Vrsta anestezije:    **regionalna**    **lokalna** ( vrsta in količina anestetika ):.....

Zapleti med aplikacijo anestetika:    **NE**    **DA** ( kateri ).....

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

Čas odhoda iz operacijske dvorane: .....    Podpis operaterja:.....

## ZGODNJE POOPERATIVNO OBDOBJE

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

**prebujevalnico – glej pooperativni list**

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

Stanje zavesti:    **buden**    **orientiran**    **neorientiran**    **somnolent**

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

Ambulantni izvid prejel:    **osebno**    **prejeli svojci**    **poslano po pošti**

Naročen na kontrolo:    **NE**    **DA** ( glej ambulantni izvid )

Podpis odpustnega zdravnika: .....

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

.....

.....

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

Poseg 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: .....