

Javni zdravstveni zavod
SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE
Černelčeva cesta 15
8250 BREŽICE

KLINIČNA POT ZA ZLOM KOLKA

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 poškodovanca in anamneza: **NE DA** (glej izvid)

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

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

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

Naročene predoperativne preiskave in pregled anesteziologa: **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**

Antibiotična profilaksa pred posegom: **NE DA**(kdaj).....

Priprava operativnega polja: **NE DA**

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

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

Vstavitev urinskega katetra: **NE DA** (Ch in datum).....

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**

Položaj pacienta: **ekstenzijska miza bočni (L, D) hrbtni**

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.....**

Določena krvna skupina..... in Rh.....: **NE** **DA**

Naročeni koncentrirani eritrociti: **NE** **DA** (koliko)

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 q043 izpolnjen: **NE** **DA**

Uporaba RTG ojačevalca: **NE** **DA**

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

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

CIT – glej CIT 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!

Kontrolni hemogram 1.dan po operaciji: **NE DA**

Kontrolni RTG po operaciji: **NE DA**

Fizioterapija in rehabilitacija po programu na oddelku: **NE DA** (glej list fizioterapevta)

Urejena nadaljnja rehabilitacija v zdravilišču: **NE DA** (kje).....

Seznanitev z nadaljevanjem antikoagulantnega zdravljenja po odpustu: **NE DA**

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 in dovoljene telesne aktivnosti: **NE DA**

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

Rana zacelila: **NE DA**

Naročen na kontrolo v kirurško ambulanto mesec dni po odpustu: **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).....

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: