

Klinična pot: POŠKODBA GLAVE / POLITRAVMA

[Podatki o pacientu] (če ni znana identiteta pacienta vpisati matično številko oziroma drugo številko)
(obvezno nalepka TAKOJ, ko so znani podatki)

Priimek:

Ime:

Datum rojstva:

ZZZS št. zavarovane osebe:

Identifikacijska št. pacienta:

DELOVNA DIAGNOZA: _____ Šifra po MKB: _____

SPREJEMNI ZDRAVNIK (žig)

Podpis: _____

SPREJEMNA DMS/SMS: _____

Podpis: _____

DATUM PRIHODA V URGENTNI CENTER: _____ URA: ____:

PRIHOD PACIENTA V URGENTNI CENTER:

osebnim avtomobilom / peš Spremljevalci svojcev/bližnjih/ostalih: DA NE
Kontaktna oseba: _____ Kontaktna gsm št.: _____

reševalnim vozilom

Prisoten zdravnik v spremstvu: DA NE Kateri: _____ PHE: _____

Izdana kopija protokola PHE: DA NE Dodatna dokumentacija: DA NE

Opombe: _____

Identiteta pacienta je znana: DA NE Opomba: _____

Kartica KZZ: DA NE

Razlog urgentnega sprejema:

prometna nesreča delovna nesreča nesreča izven dela

POSEBNA OPOZORILA: ALERGIJE _____

ANTIKOAGULANTI _____

POSTOPKI PO SPREJEMU V UC (izpolni zdravnik):

• **A T L S PROTOKOL (prvi pregled)**

1. A - dihalna pot ter oskrba vratne hrbtenice:

Intubacija: **DA / NE**
Trda vratna opornica: **DA / NE / na terenu**

2. B – dihanje:

SpO₂: _____
Dodan kisik: _____
Auskultacija **DESNO:** _____ **LEVO:** _____
Drugo: _____

3. C - cirkulacija:

RR: _____ / _____ mm Hg **PULZ:** _____ / min **KAP.POVRATEK:** _____ sek.
INFUZIJE TEKOČIN: _____

4. D – ocena nevrološkega statusa:

GCS: OČI ODPIRA 4 - spontano 3 - na ukaz 2 – na bolečino 1 – ne odpira
MOTORIČNI ODZIV 6 – uboga navodila 5 – lokalizira bolečino 4 – fleks. smiselno
3 – fleks. nesmiselno 2 - ekstenzija 1 – ni odziva
ODGOVOR 5 – orientiran 4 – ni orientiran 3 – besede 2 – glasovi 1 – ni odgovora
Skupaj: _____
ZENICE: _____
DRUGO: _____

5. E – okolje / izpostavljenost:

TT: _____
ODSTRANILI VSA OBLAČILA: **DA / NE**
TOPLE INFUZIJE: **DA / NE**

• **OPRAVLJENJE SLIKOVNE PREISKAVE**

RTG: _____ CT: _____

- **POSEGI**

- **KONZULTACIJE**

NEVROKIRURG:

DRUGO:

- **SPREJEM**

DA / NE

- **PREMESTITEV**

DA / NE

Podpis zdravnika:

KONTROLNI LIST AKTIVNOSTI: (*označi MS/TZN)

- Dokončno ugotovljena identiteta pacienta**
- Vzpostavljen stik s svojci**
- Zagotovljeno varovanje pacientovih osebnih predmetov in denarja**
- Izpolnjen soglasni del / Navesti razlog zakaj ne: _____**
- Izpolnjen seznam pacientove redne terapije (priloga obrazec)**
- Oskrba poškodovanega mesta _____**
- Reanimacija**
- Aplikacija O2** koncentracija ____ % preko maske nosnega katetra tubusa
- Torakalna drenaža _____**
- Vzpostavitev venske poti /lokacija: _____ vrsta kanile: _____**
- Uvedba CVK/ lokacija: _____ vrsta/ št.: _____**
- Vstavitev gastrične sonde: vrsta/ št.: _____**
- Aplikacija i.v. tekočin/transfuzije _____**
- Aplikacija i.m. terapije _____**
- ANATE / HAIG** nalepka cepiva
- Antibiotik _____**
- EKG**
- UZ** _____ **DOPPLER**
- CT** _____ **ANGIOGRAFIJA**

- RTG** glava prsni koš medenica hrbtenica (vratna, prsna, ledvena) okončine abdomen
- Vstavitev urinskega katetra/ vrsta: _____ št. katetra: _____**

- Odvzem laboratorijskih krvnih vzorcev** hemogram biokemične mikrobiološke drugo _____
- Odvzem urinskih vzorcev** spontano uriniral odvzem preko katetra anurija
- Opravljen odvzem krvi in tekočin za določanje alkohola in nedovoljenih substanc _____**
- Ureditev sprejemne dokumentacije _____**
- Obveščena policija / CZO** način obveščanja.....
- Opombe:**

NADALJNJA NAPOTITEV:

- oddelčni sprejem _____ opazovalnica CIT reanimacija op.blok
- premeščen _____ domov pacient umrl drugo _____

Sprejemni zdravnik v UC:	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin: 0 auto;">ŽIG</div>	Podpis:
Medicinska sestra / TZN :	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin: 0 auto;">TISKANO</div>	Podpis:

Datum:

Ura: :

OPOMBE / NAVODILA / POSEBNOSTI: