

Klinična pot

ANGIOGRAFIJA, ANGIOPLASTIKA

IME IN PRIIMEK BOLNIKA (BOLNIKOVA NALEPKA)	Sprejemni zdravnik
	Operater 1
	Operater 2
	Asistent

Osnovna ledvična bolezen _____

Stadij KLB 1 2 3 4 5 5 - HD

DATUM PREGLEDA V AMBULANTI ZA ŽILNE PRISTOPE _____/_____/_____

•Desničar •Levičar Vstavljeni CVK: Levo: da ne Desno: da ne

• vena subklavija desno • vena subklavija levo • vena jugularis desno • vena jugularis levo

Operacije rok ali dojke da ne; Opis: _____

Pulzi na desni roki:

Arterija brahialis da ne
Arterija radialis da ne
Arterija ulnaris da ne

Pulzi na levi roki

Arterija brahialis da ne
Arterija radialis da ne
Arterija ulnaris da ne

Vidne povrhnje vene na desni roki

Povirje vene basilike da ne
Ob esmarchu da ne
Povirje vene cefalike da ne
Ob esmarchu da ne

Vidne povrhnje vene na levi roki

Povirje vene basilike da ne
Ob esmarchu da ne
Povirje vene cefalike da ne
Ob esmarchu da ne

DOPPLERSKI PREGLED

Arterijski sistem - desna roka

A. brahialis premer _____ cm; stena _____
Pretok: Hitrost _____ cm/s; Smer _____

A. radialis premer _____ cm; stena _____
Pretok: Hitrost _____ cm/s; Smer _____

A. ulnaris premer: _____ cm; stena _____
Pretok: Hitrost _____ cm/s; Smer _____

Test na reaktivno hiperemijo poz neg

Arterijski sistem - leva roka

A. brahialis premer _____ cm; stena _____
Pretok: Hitrost _____ cm/s; Smer _____

A. radialis premer _____ cm; stena _____
Pretok: Hitrost _____ cm/s; Smer _____

A. ulnaris premer _____ cm; stena _____
Pretok: Hitrost _____ cm/s; Smer _____

Test na reaktivno hiperemijo poz neg

Venski sistem - desna roka

- Povirje vene bazilike

Kapacitivnost da ne Pretok da ne

- Povirje vene cefalike

Kapacitivnost da ne Pretok da ne

- Povirje mediane podlahtne vene

Kapacitivnost da ne Pretok da ne

Venski sistem - leva roka

- Povirje vene bazilike

Kapacitivnost da ne Pretok da ne

- Povirje vene cefalike

Kapacitivnost da ne Pretok da ne

- Povirje mediane podlahtne vene

Kapacitivnost da ne Pretok da ne

FLEBOGRAFIJA

Stenoze centralnih ven da ne

Opis

ARTERIOGRAFIJA

Opis

NAČRT OPERACIJE

STOPNJA NUJNOSTI

zelo nujno (do 24 ur
mesece)

nujno (do 7 dni)

zelo hitro (do 14 dni)

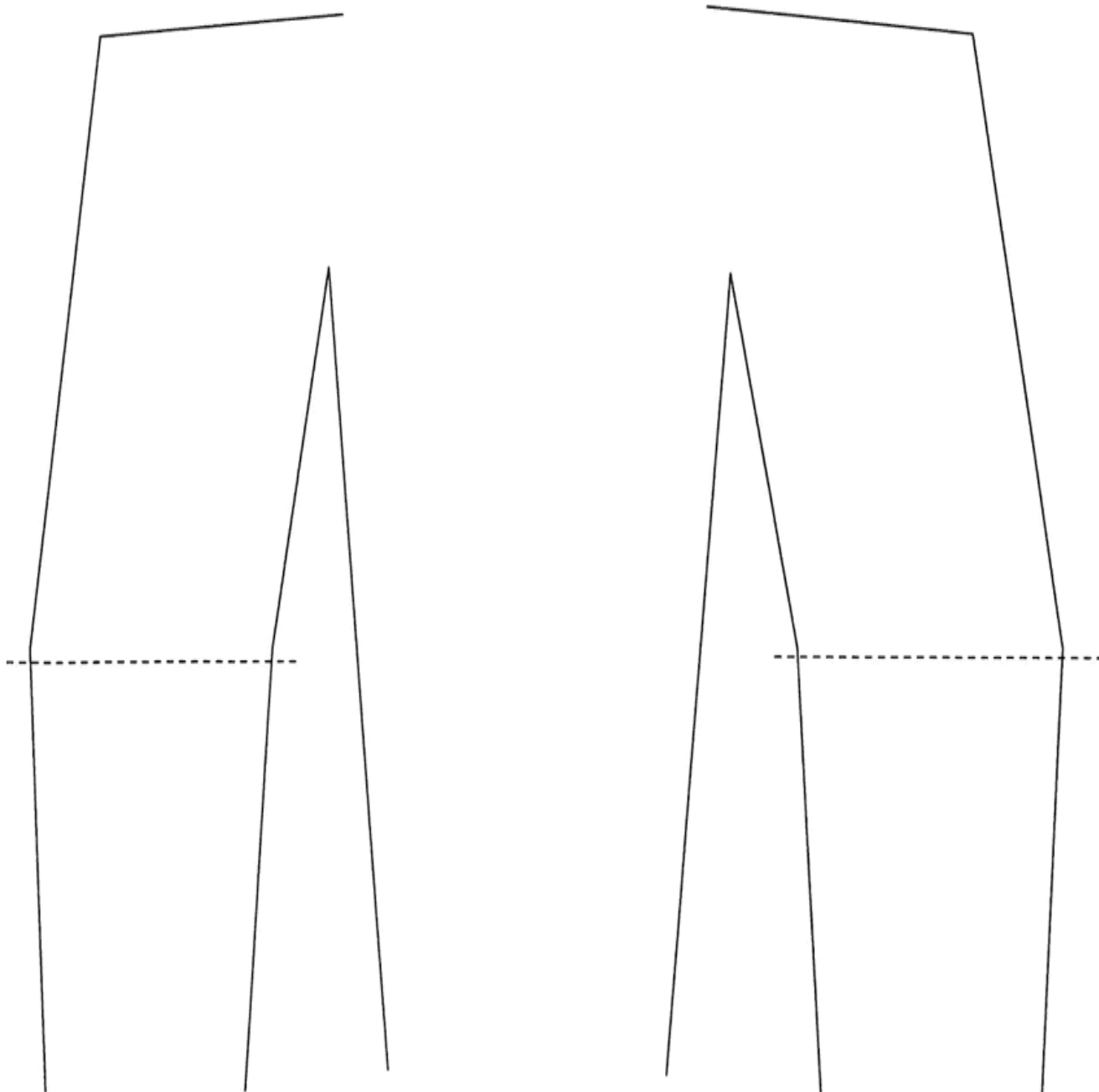
hitro (do 45 dni)

redno (do 4

ANESTEZIJA: - brez - lok - reg - spl

PREDVIDENO TRAJANJE POSEGA _____ ur

Protokol izpolnil _____



1. SPREJEM

SPREJEMNA AMBULANTA ENOTE ZA ŽILNE PRISTOPE

DATUM IN ČAS PRIHODA

ČAS ZAČETKA OBRAVNAVE

ČAS ZAKLJUČKA OBRAVNAVE

Sprejemna MS (podpis) _____

PODATKI O SPREJEMU

PACIENT SPREJET

- ☐ Doma
☐ Iz soc. varstvene ustanove _____
☐ Drugo _____
☐ Telefon.število _____
☐ Elektronski naslov _____

VRSTA SPREJEMA

- ☐ Urgenten
☐ Načrtovan

PODATKI O SVOJCIH

Ime in priimek _____

Razmerje do pacienta _____

Kontaktni telefon _____

Naslov _____

Oseba je pooblaščen za prejem informacij o pacienta:

☐ DA ☐ NE

☐ Glej list Privolitev/Zavrnitev zdravstvene oskrbe po pojasnilu
(*Samo, če je obrazec izpolnjen)

VIR INFORMACIJI O PACIENTU

- ☐ Pacient
☐ Svojec _____
☐ Zdravstvena dokumentacija
☐ Reševalno osebje
☐ Drugi _____

POPIS PACIENTOVIH OSEBNIH STVARI

- | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|---|----------------------------------|
| Zdravstvena kartica | ☐ da | ☐ ne | |
| Zobna proteza | ☐ brez | ☐ zgornja | ☐ spodnja |
| Dragocenosti in denar | ☐ nima | ☐ odnesli svojci | ☐ trezor |
| Očala | ☐ da | ☐ ne | |
| Slušni aparat | ☐ da | ☐ ne | |
| Ortopedski pripomočki | ☐ da | ☐ ne | |
- _____

AKTUALNO STANJE PACIENTA				
Telesna teža _____		Telesna višina _____		Telesna temperatura _____ °C
Pulz _____/min		RR _____ mm/Hg		☐ Aksilarno ☐ Timpatično ☐ Drugo _____ SpO ₂ _____ % (O ₂ _____)
OCENA STANJA OB SPREJEMU				
DIHANJE	☐ normalno ☐ odstopanja _____			
PREHRANA	☐ dieta _____ Vnos hrane ☐ per os ☐ sonda _____			
IZLOČANJE	defekacija	☐ normalno	☐ posebnosti: _____	
	uriniranje	☐ normalno	☐ posebnosti: _____	☐ urinski kateter
GIBANJE	☐ pokreten	☐ delno pokreten	☐ nepokreten	☐ pripomočki: _____
OS. HIGIENA	☐ zadovoljiva	☐ nezadovoljiva	izvajanje: _____	☐ samostojen ☐ potrebuje pomoč
STANJE KOŽE	dekubitus	☐ ne	☐ da; stopnja in lokacija _____	
	druge poškodbe	☐ ne	☐ da; lokacija _____	
PSIHIČNO STANJE	zavest	☐ ni motena	☐ zmeden	☐ nezavesten
	komuniciranje	☐ normalno	☐ oteženo	☐ ni možno
	bolečina	☐ ne	☐ da; lokacija _____	VAS _____
ALERGIJE	☐ ne ☐ da, na kaj _____			
TERAPIJA DOMA				
POSEBNOSTI				

1.1. PRIVOLITEV/ZAVRNITEV ZDRAVSTVENE OSKRBE PO POJASNILU

POJASNILNI DEL (izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveno skrbi)
1. Razlog obravnave
1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB)
1.2. Dodatne pomembne diagnoze (šifra MKB)
2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev)
2.1. Način izvedbe oziroma potek
2.2. Kakršnikoli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi) - Transfuzija krvialikrvnih derivatov- - Angioplastika - Operativni poseg - Endoskopski poseg - Drug postopek _____
2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi in pridobi izjavo) ▪ Splošno anestezijo • Regionalno anestezijo • Lokalno anestezijo • Sedacijo
3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti
4. Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe

5. Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje)

IZJAVA POJASNJEVALCA

Bolniku ali bolnikovem zastopniku sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 5

☐ DA ☐ NE ☐ NI MOŽNO

Bolnik ali bolnikov zastopnik je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila (če jih je zahteval):

☐ DA ☐ NE ☐ NI
MOŽNO.....

Bolnik ima na razpolago dodatna gradiva

.....

Datum:.....

.....

Žig pojasnjevalca

Podpis pojasnjevalca

PRIVOLITVENI/ZAVRNITVENI DEL

**Bolnikova izjava o privolitvi/zavrnitvi v medicinski poseg oz.
zdravstveno oskrbo**

PRIVOLIM NE PRIVOLIM v medicinski poseg oz. zdravstveno oskrbo opisano na tem obrazcu

- ☐ Privolitev oz. zavrnitev dajem svobodno.
- ☐ Razumem pomen in posledice privolitve in zavrnitve.
- ☐ Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.
- ☐ Razumem, da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (velja za bolnike, ki potrebujejo splošno ali regionalno anestezijo)
- ☐ Razumem, da bo kakršenkoli postopek poleg teh, ki so navedeni na tem obrazcu, izvedeni, če bo nujno potrebni za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo nujni med mojim zdravljenjem.

Navajam postopke/posege, za katere NE ŽELIM, da bi bil izvedeni:

.....
.....
.....

SB Trbovlje je učna bolnišnica.

DOVOLIM

NE DOVOLIM,

Da so pridiagnostiki in zdravljenju prisotne osebe, ki so vključene v proces zdravstvenega izobraževanja (dijaki, študenti)

Datum in ura

Podpis bolnika

BOLNIKOVA IZJAVA O POSREDOVANJU OSEBNIH PODATKOV	
Posredovanje podatkov o mojem zdravstvenem stanju za časa življenja in po moji smrti dovoljujem VSAKOMUR NIKOMUR SAMO KONTAKTNI OSEBI	
Kontaktna oseba za obveščanje (ime, priimek, tel. številka, naslov)	
GESLO BOLNIKA za prejemanje informacij po telefonu (informacije po telefonu bo oseba prejela le, če bo poznala bolnikovo geslo)	
V času zdravljenja v bolnišnici dovoljujem obisk: VSAKOMUR NIKOMUR SAMO / PREPOVEDUJEM (ime, priimek) _____	
Datum in ura:	Podpis bolnika:

NAMESTITEV BOLNIKA PO KONČANEM ZDRAVLJENJU	
Predvideno trajanje zdravljenja	
Manj kot 7dni 7-14 dni več kot 14 dni ob sprejemu tega ni mogoče predvideti	
Mesto odpusta bolnika po hospitalizaciji domov k sorodnikom	
v negovalno ustanovo _____ drugam _____	
Podpis pojasnjevalca:	Podpis bolnika:

PREDVIDENO DIALIZNO ZDRAVLJENJE NA ODDELKU ZA HEMODIALIZO SB TRBOVLJE		
Datum	Datum	Datum
Datum	Datum	Datum
Datum	Datum	Datum
Datum	Datum	Datum
Datum	Datum	Datum

2. PREDOPERATIVNO OBDOBJE

Komunikacija	☐ pomirjujoč pogovor z bolnikom			
Bolečina	☐ seznanitev bolnika z vodenjem postoperativne bolečine, VAS			
Žilni pristop	i.v. kanila ☐ da ☐ ne	lokacija.....	velikost.....	
Aplikacija antibiotika (drugo) _____	☐ da ☐ ne Podpis/Parafa MS:.....			
Identifikacijska zapestnica	☐ da ☐ ne			

ODSTOPANJA - opis, ukrepi	Podpis

3. MEDOPERATIVNO OBDOBJE

Odstranjevanje dlak ☐ ne ☐ da ☐ mokro ☐ suho Kje? _____ Ocena stanja kože na operativnem polju ☐ intaktna ☐ poškodovana Čiščenje operativnega polja ☐ aseptično milo z jodom ☐ aseptično milo brez joda Dezinfekcija operativnega polja ☐ aseptično milo z jodom ☐ aseptično milo brez joda ☐ alkoholna raztopina z jodom ☐ alkoholna raztopina brez joda Pokrivanje operativnega polja z/s ☐ set ŠIV ☐ set AVF ☐ set ROKA ☐ drugo _____	
Uporabljen operacijski material (nalepka za set) 	Uporaba manšete za elektroskalpel ☐ da ☐ ne Prenos bolnika ☐ dvigovanje ☐ potegnitev ☐ samostojno ☐ drugo Priprava mikrobiološkega preparata in spremljajoče dokumentacije ☐ da ☐ ne Podpis neumite OP MS.....
Kontrola sterilnosti Indikator parne sterilizacije Indikator plazma sterilizacije	

Vgrajen umetni material (REF, LOT, *cm)	

3.1. OPERATER

KOMPLIKACIJE med operacijo Kontrastno sredstvo _____ Porabljena količina kontrastnega sredstva _____ ml		Postoperativno antibiotik ☐ NE ☐ DA drenaža ☐ NE ☐ DA krvni derivati ☐ NE ☐ DA
šifre posegov	• Arteriografija rok, ena stran (digitalna subtrakcijska angiografija) 60042-00 • Arteriografija 59918-00 • Arteriografija nog ena stran 60054-00 • Angiografija 59970-03 • Zaprta PTA perifernih arterij (korekcija stenoze AVF s PTA, revizija stenoze AVF s PTA) 35303-06 • Zaprta PTA + stent 35309-06 • Zaprta PTA + več stentov 35309-07 • Odprta PTA (revizija, korekcija stenoze AVF s PTA) 35303-07 • Intraoperativni UZ 55054-00	• Konstrukcija AVF sp. uda konstrukcija AVF (AV anastomoza) brez presadka 34509-00 • Konstrukcija AVF zg. uda konstrukcija AVF (AV anastomoza) brez presadka 34509-01 • Konstrukcija AVF z venskim mostom 34512-00 • Konstrukcija AVF s protezo (PTFE-graft) 34512-01 • Zapora krg. napravljene AVF 34130-00 • Drenaža abscesa AVF 30216-01 • Perkutana centralna venska kateterizacija 13815-01 • Sklerozacija AVF 45027-01 • Lokalna tromboza (perkutana perif. art. ali venska kateterizacija z dovajanjem trombotičnih sredstev) 35317-00 • OP anastomoza s PTFE-graftom 34121-01 • OP z narejeno anatomozo, popoln pretok krvi 34121-00 • Poprava stenoze s PACTH-plastiko 34518-00 • Trombektomija (krg. odmašitev AVF) 34515-00 • Reparacija rane - dehiscence rane 30029-00 • Ekscizija - nekrektomija podkožnega tkiva 90665-00 • Ligacija AVF - prehranjevalne žile 34121-02 • Reparacija rane, kože in podk. tkiva drugega mesta, globoke rane (dehiscenca rane) 30029-00
		Drugo _____

Operiranec bo premeščen				
	☐ na oddelek ☐ v EIN	indikacija	☐ ☐ ☐ ☐	Indikacijo postavi ☐ operater ☐ anesteziolog

4.	POSTOPERATIVNO OBDOBJE				☐ oddelek	☐ EIN		
Po posegu	RR	PULZ	Sat.O ₂	KRVAVITEV IZ OP MESTA	DELOVANJE AVF	DRENAŽA (ml)	Podpis MS/ZT	
30 min								
1 ura								
2 uri								
5 ur								
8 ur								
12 ur								
16 ur								
20 ur								
24 ur								

POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE

DATUM	URA	Poročilo zdravstvene nege: VREDNOTENJE, POSEBNOSTI, PROBLEMI	Podpis MS

ODSTOPANJA - opis, ukrepi	Podpis

4.1. PRVI POOPERATIVNI DAN ☐ oddelek ☐ EIN

DATUM	URA	Poročilo zdravstvene nege: VREDNOTENJE, POSEBNOSTI, PROBLEMI	Podpis MS

ODSTOPANJA - opis, ukrepi	Podpis

4.2. ODPUST - OCENA STANJA BOLNIKA

Žilni pristop	☐ Odstranitev venske kanile	☐ Ocena vbodnega mesta
Komunikacija	☐ Stanje zavesti kot ob sprejemu ☐ Spremenjeno stanje	

Podpis MS / ZT _____

Protibolečinska terapija	☐ brez ☐ per os
Opis operativne rane	Krvavitev ☐ NE ☐ DA
	Okužba ☐ brez ☐ pordelost
Odstranitev drenov	☐ NE ☐ DA Datum odstranitve _____
Predviden kontrolni pregled	

**Sobni zdravnik
(podpis in žig)**
