

**KLINIČNA POT ZA UMETNO PREKINITEV NOSEČNOSTI
Z ZDRAVILI**

☐ **DO 23 6/7 TEDNA NOSEČNOSTI**

NALEPKA NOSEČNICE

Ime in priimek _____

Datum in kraj rojstva _____

Identifikacijska številka _____

Prebivališče _____

SPREJEMNI ZDRAVNIK

Ime in priimek _____

Podpis _____

SPREJEMNA SESTRA

Ime in priimek _____

Podpis _____

I. POJASNILO IN OBVEŠČEN PRISTANEK

Spoštovani!

Prišli ste na prekinitev nosečnosti z zdravili oziroma prekinitev nosečnosti zaradi zdravstvenih razlogov. Nosečnost bomo prekinili z zdravili mifepriston (Mifegyne) in misoprostol (Topogyne).

Prednost medikamentne prekinitve nosečnosti je v tem, da ob postopku ni potrebna anestezija!

Nujno potrebno pa je sodelovanje nosečnice pri postopku.

Kratek opis postopka:

Prvi del prekinitve nosečnosti bo potekal doma, le izjemoma Vas bomo sprejeli v bolnišnico. Ob prvem obisku se bomo z Vami pogovorili in Vam dali eno tableto hormonskega zdravila, ki se imenuje mifepriston (antiprogesteron). Tableto pojedete na dan, določen pri prvem obisku, običajno med 8. in 9. uro. Po zaužitju tablete, počakate v čakalnici pred ambulantno še pol ure (možno bruhanje, slabost), nato odidete domov in normalno opravljate svoje delo ali druge aktivnosti.

Mifepriston zavre aktivnosti, ki sodelujejo pri napredovanju nosečnosti.

Včasih se pojavi izcedek ali rahli krči, kar je znak, da se je začela medikamentna prekinitev nosečnosti. Zaradi tega ni potrebno obiskati zdravnika!

POMEMBNO OPOZORILO

PO ZAUŽITJU TABLETE ODSVETUJEMO MOREBITNO NADALJEVANJE NOSEČNOSTI! Tableta ki se zaužije, povzroča nepravilnosti razvoja ploda, zato je splav potrebno dokončati.

Drugi del prekinitve nosečnosti bo potekal v bolnišnici. Za sprejem v bolnišnico se oglasite 24 do 48 ur po zaužitju tablete mifepristona, običajno je to ob 8. uri zjutraj v sprejemni ambulanti ginekološko porodnega oddelka. Najkasneje v eni uri Vam sprejemni zdravnik ob običajnem ginekološkem pregledu v nožnico vstavi 2 tableti zdravila misoprostol (prostaglandin). Priporočamo najmanj 2 uri mirovanja v postelji, predvsem zato, da tablete ne bi izpadle iz nožnice. V primeru izpada zdravila, je potrebno takoj obvestiti sprejemnega zdravnika. Po tem sledi še nekaj urno opazovanje zaradi ocene krvavitve in izločkov iz nožnice (maternice). V tem času namreč večina žensk splavi. V kolikor je nosečnost višja od 10 tednov, se lahko postopek odvija več dni.

Po prejetih dveh tabletah misoprostola boste čez tri ure prejeli še 1 tableto misoprostola, za katero Vas prosimo, da jo 20 minut zadržite v ustih pod jezikom preden jo pogoltnete. Po eno tableto misoprostola boste prejeli na tri ure do prekinitve nosečnosti oziroma največ štirikrat.

Tablete prostaglandina sprožijo krčenje maternice, podobno kot pri menstruaciji. V primeru močnejših krčevitih bolečin boste dobili ustrezna zdravila za lajšanje težav.

Po uspešno končani prekinitvi nosečnosti oziroma po posvetu z oddelčnim zdravnikom, boste lahko odšli domov. Ob odpustu prejmete začasno odpustnico z navodili.

Po medikamentozni prekinitvi nosečnosti je obvezna kontrola čez 2 – 3 tedne, kar je prej kot pri kirurški prekinitvi nosečnosti. **Kontrolo opravite pri izbranem ginekologu, nanjo se naročite sami, najbolje takoj po odpustu iz bolnišnice.** Izbrani ginekolog oceni uspešnost postopka. Z ultrazvočno preiskavo izključi morebitno nadaljevanje nosečnosti ali nepopolno izpraznjenje maternične votline.

V primeru kakršnih koli težav v času do kontrole, pa se čim prej zglasite pri izbranem ginekologu ali v naši sprejemni ambulanti. Takšen predčasen pregled je potreben, če imate močnejše bolečine v spodnjem delu trebuha, močnejšo krvavitev, smrdeč izcedek iz nožnice ali zvišano telesno temperaturo.

Zaposlenim ženskam po posegu priporočamo do en teden bolniškega staleža, ostalim pa mirovanje v enakem obsegu. Med krvavitvijo po prekinitvi nosečnosti odsvetujemo spolne odnose, uporabo tamponov, prepovedano je kopanje v kadi in bazenu (tuširanje je dovoljeno).

Morebitna dodatna pojasnila o poteku splava z zdravili boste dobili pri medicinskih sestrah, zdravnikih in drugem osebju ginekološkega oddelka.

Uspešnost metode je zelo visoka (v 96% do 63. dne amenoreje ter v 90% do 91. dne amenoreje). V primeru da prekinitve ne uspe, moramo nosečnost dokončati s kirurško metodo (abrazija) v splošni anesteziji. Ob tem je potrebno priti za sprejem **TEŠČ**.

Možni stranski učinki v času dajanja zdravil: slabost, bruhanje, driska, mraženje, vročina, močnejša krvavitev iz maternice, krči, bolečine v trebuhu, glavobol, nizek tlak, omotica, utrujenost, spremembe na koži in druge alergične reakcije, neučinkovitost metode (kontrolni pregled 14 – 21 dni po umetni prekinitvi nosečnosti z zdravili je **obvezen**).

Absolutne kontraindikacije: nepotrjena nosečnost, sum na izvenmaternično nosečnost, kronična odpoved nadledvičnice, neopredeljene adneksalne mase, dolgotrajna kortikosteroidna terapija, znana alergija na mifepriston, misoprostol, prostaglandine ali druge učinkovine pripravka, hemodinamska nestabilnost (srčne bolezni), huda astma, ki ni obvladljiva z zdravili, prirojena porfirija. **Relativne kontraindikacije:** odpoved ledvic, odpoved jeter, podhranjenost, dojenje.

Posebna previdnost je potrebna pri ženskah, ki imajo: molaro nosečnost, maternični vložek, motnje strjevanja krvi, antikoagulantno zdravljenje, so neodločene glede prekinitve nosečnosti, pri starosti nad 35 let in hkratnemu kajenju več kot 10 cigaret dnevno, anemijo Hb < 100 g/L, operacije na maternici (carski rez, miomi), 5 porodov ali več.

Navedeni zapleti in stranski učinki so zelo redki, dosedanje izkušnje z medikamentno prekinitvijo zgodnje nosečnosti so dobre. Gre za zelo učinkovito in varno metodo.

Podpisana (ime in priimek) _____ potrjujem, da sem si natančno prebrala zgoraj navedeno pojasnilo ter da sem razumela napisano.

Zdravnik (ime in priimek) _____ mi je še dodatno razložil celoten postopek prekinitve nosečnosti z mifepristonom in misoprostolom. Imela sem možnost vprašati vse, kar me je zanimalo in sem na svoja vprašanja prejela zadovoljive odgovore. S podpisom zato potrjujem, da se s celotnim postopkom strinjam.

Podpis nosečnice _____

Datum podpisa _____

Podpis zdravnika _____

Podpis priče (MS, ZT) _____

II. VPRAŠALNIK (izpolni nosečnica)

Zap.št.	Vprašanje	Odgovor	Odgovor
1	Ali imate povišan tlak?	da	ne
2	Ali ste nagnjeni k nizkemu tlaku?	da	ne
3	Ali imate kronično bolezen srca?	da	ne
4	Ali imate zožitev mitralne zaklopke?	da	ne
5	Ali imate žilne bolezni?	da	ne
6	Ali imate astmo ali kronično obstruktivno pljučno bolezen?	da	ne
7	Ali imate kronično bolezen črevesja?	da	ne
8	Ali imate kronično bolezen jeter ali ledvic?	da	ne
9	Ali imate bolezni nadledvičnice?	da	ne
10	Ali imate hormonsko odvisni tumor?	da	ne
11	Ali ste slabokrvni (Hb < 100)?	da	ne
12	Ali imate motnje koagulacije ali trombocitopenijo?	da	ne
13	Ali imate srpasto celično anemijo?	da	ne
14	Ali imate glavkom?	da	ne
15	Ali imate katerokoli drugo bolezen?	da	ne
16	Ali ste alergični na mifepriston ali prostaglandine?	da	ne
17	Ali ste alergični na katerokoli drugo zdravilo?	da	ne
18	Ali jemljete kakšna zdravila?	da	ne
19	Ali kadite (več kot 10 cigaret dnevno)?	da	ne
20	Ali dojite?	da	ne
21	Ali ste mnogorodnica (več kot 5 nosečnosti)?	da	ne
22	Ali imate maternični vložek (IUD, Mirena, Kyleena, Gyne-Tik)?	da	ne
23	Ali jemljete kontracepcijske tablete?	da	ne
24	Ali imate miom na maternici?	da	ne
25	Ali ste imeli operacijo materničnega vratu (LLETZ, konizacija)?	da	ne
26	Ali ste imeli operacijo maternice (carski rez, miomektomija)?	da	ne

S svojim podpisom potrjujem resničnost vseh zgoraj navedenih odgovorov na vprašanja.

Datum _____

Podpis _____

III. PREDHODEN RAZGOVOR NOSEČNICE PRED POSTOPKOM UPN Z ZDRAVILI (izpolni MS, ZT)

Datum razgovora _____

Razgovor vodil/-a _____ Podpis _____

Prvi dan zadnje menstruacije _____

Tedni nosečnosti po amenoreji _____

Število dosedanjih porodov:

0 – nič 3 – tri
1 – eden 4 – štiri
2 – dva 5 – pet ali več

Število živorojenih otrok:

0 – nič 3 – tri
1 – eden 4 – štiri
2 – dva 5 – pet ali več

Število dosedanjih spontanih splavov:

0 – nič 3 – tri
1 – eden 4 – štiri
2 – dva 5 – pet ali več

Število dosedanjih dovoljenih splavov:

0 – nič 3 – tri
1 – eden 4 – štiri
2 – dva 5 – pet ali več

Izid zadnje nosečnosti:

0 – ni bilo nosečnosti 3 – dovoljeni splav
1 – porod 4 – izvenmaternična nosečnost
2 – spontani splav 5 – drugo _____

Čas od zadnje nosečnosti (v mesecih) _____

Uporaba zanesljive kontracepcije (kdaikoli):

0 – nobena 3 – kondom/diafragma 6 – 1 + 2 + 3
1 – hormonska 4 – 1 + 2 7 – 2 + 3
2 – IUV 5 – 1 + 3 8 – drugo _____

Uporaba kontracepcije v času zanositve:

0 – nobena	3 – kondom/diafragma	6 – prekinjen odnos
1 – hormonska	4 – kemična	7 - sterilizacija
2 – IUV	5 – naravna metoda	8 – drugo _____

Meseci uporabe zadnje kontracepcije _____

Ali ste opravili naslednje preiskave in imate izvid s seboj:

Vaginalni UZ:	0 – DA	1 – NE	
Hemogram:	0 – DA	1 – NE	
KS in Rh faktor:	0 – DA	1 – NE	Vrednost _____
Beta HCG:	0 – DA	1 – NE	Vrednost _____

Nosečnici se pojasni:

Za UPN morate biti zdravi. Če želite UPN z zdravili, vas bo zdravnik/-ca najprej pregledal/-a, z ultrazvokom določil/-a trajanje nosečnosti, izmerili vam bomo krvni tlak, pregledali vrednost hemoglobina v krvi ter po potrebi določili krvno skupino in RhD faktor.

IV. POTEK PREKINITVE (izpolni zdravnik)

Indikacija za prekinitve nosečnosti _____

- | | |
|--|---|
| ☐ prošnja nosečnice za prekinitve | ☐ seznanitev nosečnice s postopkom |
| ☐ odobritev Etične komisije | ☐ pisna privolitev nosečnice |
| ☐ odobritev Komisije za UPN | |

Začetek postopka

- ☐ Ambulantno
- ☐ Recept za eno 200 mg tbl Mifegyne
- ☐ Sprejem na oddelek datum _____ ura _____

Vitalni znaki:

- ☐ RR _____
- ☐ pulz _____
- ☐ temperatura _____

Laboratorijski izvidi:

- ☐ Hb (>100) _____
- ☐ Beta HCG _____
- ☐ KS, Rh D faktor _____

Ginekološki pregled (opiši) _____

Vaginalni UZ (opiši) _____

- ☐ Nosečnica NA TEŠČE prejme:

Mifepriston (Mifegyne) 200 mg tbl per os; datum _____, ura _____

Podpis zdravnika, ki je predpisal zdravila _____

Podpis nosečnice, ki je prejela zdravila _____

Prosimo, da po zaužitju tablete, počakate v čakalnici pred sprejemno ambulantno še pol ure, zaradi možnih neželenih učinkov.

Neželeni učinki po Mifegynu:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ krvavitev | ☐ bolečine | ☐ glavobol |
| ☐ bruhanje | ☐ slabost | ☐ driska |

DO 23 6/7 TEDNA NOSEČNOSTI

Čez 24 – 48 ur:

- ☐ Sprejem na oddelek datum _____, ura _____
- ☐ Nosečnica je seznanjena s klinično potjo, s pravicami in dolžnostmi

Vitalni znaki:

- ☐ RR _____
- ☐ pulz _____
- ☐ temperatura _____

Laboratorijski izvidi:

- ☐ Hb (>100) _____
- ☐ Beta HCG _____
- ☐ KS, Rh D faktor _____

- ☐ Pred ginekološkim pregledom in aplikacijo vaginalet nosečnica najprej izprazni mehur

Ginekološki pregled (opiši) _____

Vaginalni UZ (opiši) _____

- ☐ Nosečnica NA TEŠČE prejme:

Misoprostol (Topogyne) 800 µg (2 tbl) vaginalno; datum _____, ura _____

Podpis zdravnika, ki je apliciral zdravila _____

Podpis nosečnice, ki je prejela zdravila _____

Nadaljnja obravnava nosečnice na ginekološkem oddelku:

Podpis MS/ZT

KOMUNIKACIJA

- ☐ pomirjujoč pogovor z nosečnico
- ☐ seznanitev s prostori na oddelku

OSEBNA HIGIENA OBLAČENJE

- ☐ preoblačenje v bolniško osebno perilo
- ☐ haljo in copate prinesla s seboj

ŽILNI PRISTOP

- ☐ i.v. kanila: ura _____
lokacija _____
velikost _____

TERAPIJA

Aplikacija infuzijske tekočine:

- ☐ DA
- ☐ NE

- ☐ Po vložitvi vaginalet v nožnico mora nosečnica ležati vsaj 2 uri

☐ Nosečnica TAKOJ OB SPREJEMU prejme:

Ibuprofen 400 mg (Brufen 400 mg) tbl per os; datum_____, **ura**_____

ali diklofenak 75 mg (Diclo Duo 75 mg) caps. p.o.; datum_____, **ura**_____

ali paracetamol 500 mg (Lekadol 500 mg) tbl p.o.; datum_____, **ura**_____

ali ketoprofen 100 mg (Ketonol 100 mg) svečke per rect.; datum_____, **ura**_____

☐ Nosečnica PO POTREBI prejme:

Paracetamol 1 g (Paracetamol 10 mg/ml) i.v. po potrebi; datum_____, **ura**_____

ali ibuprofen 400 mg (Brufen 400 mg) amp. i.v. po potrebi; datum_____, **ura**_____

ali ketoprofen 100 mg (Ketonol 100 mg) amp. i.m.; datum_____, **ura**_____

☐ Nosečnica OB SLABOSTI prejme:

Ondansetron 2 mg/ml (Setronon 2 mg/ml) 1 amp. i.v.; datum_____, **ura**_____

Jonolyte 1000 ml i.v. + Soluvit; datum_____, **ura**_____

Drugo: _____

Drugo: _____

Drugo: _____

Drugo: _____

Drugo: _____

Nadaljevanje sheme:

- ☐ iztis nosečnosti se po treh urah od aplikacije misoprostola še ni začel:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

- ☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

- ☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

- ☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

Če 3 ure po zadnji tableti Topogyna ni prišlo do prekinitve nosečnosti, prekinemo dajanje preko noči in s protokolom nadaljujemo zjutraj:

Vitalni znaki:

- ☐ RR _____
☐ pulz _____
☐ temperatura _____

Laboratorijski izvidi:

- ☐ Hb (>100) _____
☐ Beta HCG _____
☐ KS, Rh D faktor _____

- ☐ Pred ginekološkim pregledom in aplikacijo vaginalet nosečnica najprej izprazni mehur

Ginekološki pregled (opiši) _____

Vaginalni UZ (opiši) _____

Plod živ DA/ NE

Če DA, apliciramo **mifepriston (Mifegyne) 200 mg tbl per os; datum _____, ura _____**

Podpis zdravnika, ki je predpisal zdravila _____

Podpis nosečnice, ki je prejela zdravila _____

Z aplikacijo Topogyna pričnemo 12 ur ali več po zadnjem odmerku Topogyna v predhodnem postopku:

Misoprostol (Topogyne) 800 µg (2 tbl) vaginalno; datum _____, ura _____

☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

☐ čez tri ure:

Misoprostol (Topogyne) 400 µg (1 tbl) sublingvalno; datum _____, ura _____

Če 3 ure po zadnji tableti Topogyna ni prišlo do prekinitve nosečnosti, prekinemo dajanje preko noči in s protokolom nadaljujemo zjutraj:

datum _____, ura _____

Vitalni znaki:

- ☐ RR _____
- ☐ pulz _____
- ☐ temperatura _____

Laboratorijski izvidi:

- ☐ Hb (>100) _____
- ☐ Beta HCG _____
- ☐ KS, Rh D faktor _____

Ginekološki pregled (opiši) _____

Vaginalni UZ (opiši) _____

KONZILIJ datum _____, ura _____

Navzoči _____;

sklep: balonska dilatacija / karboprost / amniotomija + oksitocin / misoprostol / vakuumska aspiracija / drugo _____

Potek postopka prekinitve _____

V. OBDOBJE PO APLIKACIJI MISOPROSTOLA
(izpolni MT, ZT)

Podpis MS/ZT

OPAZOVANJE

Merjenje RR in pulza ob slabem počutju

- ☐ RR_____, pulz_____, ura_____
- ☐ RR_____, pulz_____, ura_____
- ☐ RR_____, pulz_____, ura_____
- ☐ RR_____, pulz_____, ura_____

Saturacija in dihanje ob slabem počutju

- ☐ sat.O2_____, fr.dihanja_____, ura_____
- ☐ sat.O2_____, fr.dihanja_____, ura_____
- ☐ sat.O2_____, fr.dihanja_____, ura_____
- ☐ sat.O2_____, fr.dihanja_____, ura_____

**SPLOŠNO
POČUTJE**

- ☐ dobro
- ☐ bruhanje ☐ slabost
- ☐ driska ☐ glavobol
- ☐ drugo_____

**VAGINALNA
KRVAVITEV**

- ☐ krvavitve ni, ura_____ ☐ srednja, ura_____
- ☐ minimalna, ura_____ ☐ močna, ura_____

BOLEČINA

- ☐ bolečine ni, ura_____ ☐ srednja, ura_____
- ☐ minimalna, ura_____ ☐ močna, ura_____

**PREHRANA IN
PITJE**

- ☐ težča
- ☐ lahko pije, če ni slabosti in bruhanja
- ☐ po oceni zdravnika dobi hrano 4 – 5 ur po postopku

IZLOČANJE

- ☐ kontrola uriniranja
- ☐ prvo uriniranje ob _____ uri

GIBANJE

- ☐ dovoljeno gibanje 2 uri po aplikaciji

TERAPIJA
(preveri možne
ALERGIJE na
zdravila !!!)

- ☐ Lekadol ☐ NSAID
- ☐ Buscopan ☐ Spasmex
- ☐ drugo _____
- ☐ količina_____

**PREPREČEVANJE
SENZIBILIZACIJE**

- ☐ dobi IgG anti D _____
ob _____ uri

VI. OCENA STANJA PRED ODHODOM

Podpis MS/ZT

(izpolnita zdravnik in MS, ZT)

OCENA VITALNIH ZNAKOV ob odpustu

- ☐ RR _____
- ☐ pulz _____
- ☐ sat. O₂ _____
- ☐ fr. dihanja _____
- ☐ drugo _____

SPLOŠNO POČUTJE

- ☐ dobro
- ☐ bruhanje ☐ slabost
- ☐ driska ☐ glavobol
- ☐ drugo _____

VAGINALNA KRVAVITEV

- ☐ krvavitve ni, ura _____
- ☐ minimalna, ura _____
- ☐ srednja, ura _____
- ☐ močna, ura _____

BOLEČINA

- ☐ bolečine ni, ura _____
- ☐ minimalna, ura _____
- ☐ srednja, ura _____
- ☐ močna, ura _____

ŽILNI PRISTOP

- ☐ odstranitev venske kanile
- ☐ ocena vbodnega mesta _____

GIBANJE

- ☐ normalno pokretna
- ☐ drugo _____

KOMUNIKACIJA IN STANJE ZAVESTI

- ☐ kot ob sprejemu
- ☐ spremenjeno _____

Spontana ekspulzija nosečnosti:

☐ plod; datum _____, ura _____

* pri višjih nosečnostih: teža _____, dolžina _____, spol _____

☐ placenta; datum _____, ura _____

☐ ovoji; datum _____, ura _____

☐ ocena skupne krvavitve _____

Do ekspulzije ni prišlo:

☐ postopek (opiši); datum _____, ura _____

Ginekološki pregled (opiši) _____

Vaginalni UZ (opiši) _____

Rhesonativ: DA, datum in ura aplikacije _____
NE

Metilergometrin: DA

- 0.1 mg i.v. in 0.1 mg i.m., datum in ura aplikacije _____
- 0.2 mg i.m., datum in ura aplikacije _____

NE

Dodatna Th: DA, _____
NE

Nosečnost je uspešno prekinjena: DA NE _____

Vpis v knjigo splavov (pri teži ploda pod 500 g): DA NE _____

Prijava fetalne smrti (pri teži ploda pod 500 g): DA NE _____

Vpis v knjigo rojstev (pri teži ploda 500 g in več): DA NE _____

Porodni zapisnik (pri teži ploda 500 g in več): DA NE _____

Obvestilo o vzroku smrti: DA NE _____

Odstop od obdukcije: DA NE _____

Napotnica za obdukcijo: DA NE _____

Oddaja ploda na genetiko in patologijo GK: DA NE _____

Oddaja ploda na genetiko in patologijo MF: DA NE _____

Obrazec o načinu pokopa: DA NE _____

Potek po prekinitvi nosečnosti na oddelku:

☐ brez zapletov: DA NE _____

☐ zaplet (opis): _____

Ultrazvok po prekinitvi nosečnosti: DA NE _____

☐ datum _____, ura _____

☐ opis: _____

Psiholog: DA NE _____

BOLNICA JE ODPUŠČENA DNE _____ OB _____ URI.

Podpis zdravnika _____

VII. DOKONČANJE NOSEČNOSTI S KIRURŠKO METODO (ABRAZIJO)

Vsebina maternice se po medikamentnem splavu ni izločila v celoti, zato je potrebno Vašo maternično votlino izprazniti s kirurškimi inštrumenti v splošni narkozi.

S postopkom sem bila seznanjena že na samem začetku celotnega postopka. Dodatno pa sem imela možnost vprašati vse, kar me je zanimalo in sem na svoja vprašanja prejela zadovoljive odgovore. S podpisom zato potrjujem, da se z dodatnim postopkom strinjam.

Podpisano soglasje in izjava o operaciji (klinična pot za abrazijo): **DA** **NE**

Podpis nosečnice _____

Datum podpisa _____

Začetek postopka

- ☐ Pričetek medikamentnega splava; datum _____, ura _____
- ☐ Sprejem na oddelek; datum _____, ura _____
- ☐ **Razlog za abrazijo** _____

Ginekološki pregled (opiši) _____

Vaginalni UZ (opiši) _____

Opravljen pregled anesteziologa: DA NE

Podpisano soglasje za anestezijo: DA NE

Nosečnica je tešča: DA NE

Prejme premedikacijo: DA NE

Vitalni znaki pred posegom:

- ☐ RR _____
- ☐ pulz _____
- ☐ temperatura _____

Odstranitev nakita in ortodontskih pripomočkov:	DA	NE
Priprava operativnega polja (britje):	DA	NE
Izpraznitev mehurja pred operativnim posegom:	DA	NE
Odvajanje blata pred operativnim posegom:	DA	NE

Medoperativni del

- ☐ Operativni poseg - abrazija; datum _____, ura _____
- ☐ Operater _____
- ☐ Inštrumentarka _____

- ☐ Poseg opravljen: DA NE
 - zakaj ne _____
- ☐ Dodatni ukrepi ob posegu: DA NE
 - kateri _____
- ☐ Abradat poslan na histologijo: DA NE
- ☐ Kirurški zapleti med operacijo: DA NE
 - kateri _____
- ☐ Operacija napisana: DA NE

Podpis operaterja _____

Podpis inštrumentarke _____

Pooperativno obdobje

Pacienka je iz operacijske dvorane premeščena ob _____ uri na oddelek.

Stanje pacientke ob prihodu:

- ☐ budna
- ☐ orientirana
- ☐ neorientirana

Vitalni znaki po posegu:

- ☐ RR _____
- ☐ pulz _____
- ☐ temperatura _____

Kontrola krvavitve iz nožnice:

DA

NE

Posebnosti krvavitve _____

Uriniranje:

DA

NE

Odstranitev i.v. kanala:

DA

NE

Podpis MS / ZT _____

BOLNICA JE ODPUŠČENA DNE _____ OB _____ URI.

Dobi ustna navodila in pojasnila v zvezi z možnimi zapleti po posegu. Prejme obvestilo zdravniku ali odpustnico.

Podpis odpustnega zdravnika _____