

# Klinična pot

## Femoropoplitealni žilni obvod - PAOB

|                        |                                                                        |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Ime in priimek bolnika | Sobni zdravnik (obkroži):<br>M. Bratanič, dr. med / J. Vrtek, dr. med. |
|                        | Operator (obkroži):<br>M. Bratanič, dr. med / J. Vrtek, dr. med.       |
| Datum rojstva          |                                                                        |
| Prostor za nalepko     |                                                                        |

### ALERGIJE

### PRIDRUŽENE BOLEZNI

Uredili: M. Bratanič, K. Kalan Uštar, L. Fošnarič, M. Rifel, J. Vrtek

# 1 PREGLED V ANESTEZIOLOŠKI AMBULANTI

Datum pregleda: \_\_\_\_\_

|                                                                        |                                                         |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------|
|                                                                        |                                                         | Podpis: _____ |
| ANESTEZIOLOG                                                           |                                                         |               |
| ANESTEZIJSKA DMS/DZN                                                   |                                                         |               |
| Izpolnjen in PODPISANO soglasje za anestezijo                          | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |
| Na izvidu pregleda v Anestezioološki ambulanti je zabeleženo:          | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |
| - navodilo, katera zdravila naj pacient vzame na dan operacije zjutraj | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |
| - premedikacija, ki naj jo pacient prejme na oddelku pred operacijo    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |               |

## 2 SPREJEM, datum:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bolnik prinaša s seboj glede na njegovo starost in pridružene bolezni<br><input type="checkbox"/> vse izvide<br><input type="checkbox"/> izvid angiologa, kirurške ambulante za periferne žilne bolezni<br><input type="checkbox"/> Izvid CTA spodnjih okončin<br><input type="checkbox"/> Sklep konzilija<br><input type="checkbox"/> privolitveni obrazec<br><input type="checkbox"/> drugo _____ | Številka kontaktne osebe : _____<br><br>Sprejemna kirurška MS naj prepíše pomembne laboratorijske vrednosti na temperaturno listo.<br><br>Sprejemna kirurška <u>medicinska sestra</u> : _____ |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| 2.1 USMERJENA ANAMNEZA          |                                                                | 2.2 USMERJENI KLINIČNI PREGLED |                                                                   | 2.3 PREDOPERATIVNE PREISKAVE                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bolečina                        | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE        | Periferni pulzi tipni          | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE, _____    | <input type="checkbox"/> CTA spodnjih okončin v preteklih 12 mesecih dostopna v računalniškem sistemu SB Trbovlje<br><input type="checkbox"/> DA<br><input type="checkbox"/> NE<br><input type="checkbox"/> Predoperativna UZ preiskava povrhnjega venskega sistema |
| Klavdikacijska razdalja         | _____ m                                                        | Edem sp. okončin               | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Slabša moč sp. okončin          | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE        | Hladne sp. okončine            | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE           |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Kajenje                         | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE        | Nekroza na sp. okončini        | <input type="checkbox"/> DA, _____<br><input type="checkbox"/> NE |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                 |                                                                | Ulkusi na sp. okončini         | <input type="checkbox"/> DA, _____<br><input type="checkbox"/> NE |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Predhodne OP KV področja        | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, _____ |                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Predhodni endovaskularni posegi | <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, _____ |                                |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 2.4 GLEŽENJSKI INDEX                       | Levo _____, Desno _____           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Krvni tlak brahialno Levo / Desno (označi) | _____ mmHg                        |
| Krvni tlak ADP                             | Levo _____ mmHg, Desno _____ mmHg |
| Krvni tlaki ATP                            | Levo _____ mmHg, Desno _____ mmHg |
| Krvni tlaki poplitealno                    | Levo _____ mmHg, Desno _____ mmHg |

## 2.5 PRIDRUŽENE BOLEZNI

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Napiši pridružene bolezni bolnika na prvo stran KP! Napiši pomembne alergije bolnika na prvo stran KP!<br><b>PREDOPERATIVNA REZERVACIJA 2 ENOT KONCENTRIRANIH ERITROCITOV!</b><br>Če bolnik uživa zdravila, ki vplivajo na strjevanje krvi, je pomembno več stvari: <ul style="list-style-type: none"><li>Ali bolnik sploh SME prenehati jemati ta zdravila ( v primeru vstavljenih intravaskularnih stentov se NE sme prenehati z jemanjem antiagregacijskih zdravil).</li><li>Če mora prenehati z jemanjem, kdaj jih je nazadnje vzel ..... in ime zdravila .....</li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2.6 OCENA TVEGANJA ZA TROMBEMBOLIČNI DOGODEK

| 1 točka                                                | 2 točki                      | 3 točke                       | 5 točk                                        |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------|
| Starost 41- 60 let                                     | Starost 60 - 74 let          | Starost nad 75 let            | Predvidena menjava kolka ali kolena           |
| Manjša operacija (< 45 minut)                          | Večja operacija (> 45 minut) | Anamneza GVT ali PTE          | Možganska kap (< 1M)                          |
| Nedavna večja operacija (< 1M)                         | Laparoskopska op (> 45 min)  | Družinska anamneza GVT        | Zlom kolka, medenice ali spodnjih udov (< 1M) |
| Krčne žile                                             | Nepomičnost                  | ali PTE                       | Politravma (< 1M)                             |
| Vnetna bolezen črevesa                                 | Nehodilni mavec (< 1M)       | Protrombin G2 <sub>2</sub> 10 | Akutna poškodba hrbtenjače s paralizo         |
| Debelost (BMI > 25)                                    | CVK                          | Povišan serumski homocistein  | (< 1M)                                        |
| Akutni srčni infarkt                                   |                              | Lupusni antikoagulanti        | Antifosfolipidni sindrom                      |
| Srčno popuščanje                                       |                              | Malignom                      |                                               |
| Sepsa (< 1M)                                           |                              | Druga trombofilija (katera)   |                                               |
| Pljučnica (< 1M)                                       |                              |                               |                                               |
| KOPB                                                   |                              |                               |                                               |
| Slabo pomičen internistični bolnik                     |                              |                               |                                               |
| Oralna kontracepcija ali hormonska nadomestna terapija |                              |                               |                                               |
| Drugi dejavniki tveganja                               |                              |                               |                                               |
| SEŠTEVEK                                               |                              |                               |                                               |

| Seštevek dejavnikov tveganja | Pojavnost VT | Tveganje    | Priporočena farmakološka zaščita      |
|------------------------------|--------------|-------------|---------------------------------------|
| 0 do 1                       | < 10%        | Majhno      | Ne                                    |
| 2                            | 10-20 %      | Zmerno      | NMH v odmerku za zmerno tveganje      |
| 3 do 4                       | 20-40%       | Veliko      | NMH v odmerku za veliko tveganje      |
| 5 in več                     | 40-80%       | Zelo veliko | NMH v odmerku za zelo veliko tveganje |

|                                        |                                                                                                           |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| POSTOPERATIVNA ANTITROMBOTIČNA ZAŠČITA | Fragmin <input type="checkbox"/> 2500 IE <input type="checkbox"/> 5000 IE <input type="checkbox"/> 7500IE |
|                                        | Fraxiparine <input type="checkbox"/> 0,3 mL <input type="checkbox"/> 0,6 mL                               |
|                                        | Heparin s ciljnimi aptč: _____                                                                            |
|                                        | Aplikacija: <input type="checkbox"/> na 24h sc. <input type="checkbox"/> na 12h sc.                       |

## 3 PREDOPERATIVNO OBDOBJE

|                                                            |                                                        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Večer pred operacijo ob 19.00 uri | <input type="checkbox"/> Na dan operacije ob 06.30 uri |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S seboj je prinesel: <input type="checkbox"/> haljo <input type="checkbox"/> copate                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Doma je vzel redno terapijo: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> kaj?.....                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Komunikacija                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pacienti so seznanjeni: <ul style="list-style-type: none"> <li>s prostori na oddelku</li> <li>s pravicami in dolžnostmi</li> </ul> <input type="checkbox"/> Komunikacija z bolnikom poteka <input type="checkbox"/> nemoteno <input type="checkbox"/> moteno (zakaj?)..... |
| Bolnik prinaša s seboj naslednje ortopedске oz. ortodontske pripomočke:                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> leče <input type="checkbox"/> zgornja proteza <input type="checkbox"/> spodnja proteza <input type="checkbox"/> bergle |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                   |                                                      |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Osebna higiena in priprava kože na operativni poseg | <input type="checkbox"/> tuširanje ali posteljna kopel<br><input type="checkbox"/> sveže osebno perilo                       | koža                                                                                                                                                              | Podpis MS/ZT                                         |
| Prehranjevanje in pitje                             | <input type="checkbox"/> bolnik je tešč                                                                                      | <input type="checkbox"/> intaktna<br><input type="checkbox"/> poškodovana (kje?).....                                                                             |                                                      |
| Izogibanje nevarnostim v okolju                     | <input type="checkbox"/> odstranitev nakita Kam?.....<br><input type="checkbox"/> odstranitev ortodontskih pripom. Kam?..... | <input type="checkbox"/> naročilo hrane za bolnika<br><input type="checkbox"/> odstranitev osebnega sp. perila<br><input type="checkbox"/> spremstvo bolnika v OP | <input type="checkbox"/> shranjevanje dragocenosti ? |
| Komunikacija                                        | <input type="checkbox"/> pomirjajoč pogovor z bolnikom                                                                       |                                                                                                                                                                   |                                                      |
| Bolečina                                            | <input type="checkbox"/> seznanitev bolnika z vodenjem postoperativne bolečine, VAS                                          |                                                                                                                                                                   |                                                      |
| Spanje                                              | <input type="checkbox"/> normalno                                                                                            | <input type="checkbox"/> zdravila                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> pogoji za dobro spanje      |
| Žilni pristop                                       | i.v. kanila <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne                                                          | lokacija.....                                                                                                                                                     | velikost.....                                        |
| Izločanje                                           | <input type="checkbox"/> izpraznitev mehurja pred odhodom v OP                                                               |                                                                                                                                                                   |                                                      |

| ODSTOPANJA Opis, ukrepi | Podpis |
|-------------------------|--------|
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |

## 4 MEDOPERATIVNO OBD OBJE

### 4.1 Prebujevalnica - pred operativnim posegom:

|                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                 |                     |
|---------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| Ura sprejema:       |            | AR DMS / DZN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   | Parafa:         |                     |
| Žilni pristop:      |            | <input type="checkbox"/> i.v.kanila, lokacija....., velikost .....G,<br><input type="checkbox"/> i.v.kanila, lokacija....., velikost .....G,<br><input type="checkbox"/> arterijski dostop, lokacija....., velikost .....G,<br><input type="checkbox"/> CVK, lokacija....., velikost .....G,<br><input type="checkbox"/> drugo ..... |                   |                 |                     |
| Nastaviti infuzijo: | Odmerek:   | Pot aplikacije:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Parafa (Dr. med.) | Ura aplikacije: | Parafa (AR DMS/DZN) |
|                     | _____ ml/h | i.v.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                 |                     |

  

|                                     |          |                 |                   |                 |                     |
|-------------------------------------|----------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| Učinkovina / zdravilo:              | Odmerek: | Pot aplikacije: | Parafa (Dr. med.) | Ura aplikacije: | Parafa (AR DMS/DZN) |
| <b>Premedikacija:</b>               |          |                 |                   |                 |                     |
| <input type="checkbox"/> Apaurin    | 5mg      |                 |                   |                 |                     |
| <input type="checkbox"/> .....      | .....    |                 |                   |                 |                     |
| <b>Antibiotična profilaksa:</b>     |          |                 |                   |                 |                     |
| <input type="checkbox"/> Cefamezin  | 2g       | i.v.            |                   |                 |                     |
| <input type="checkbox"/> Vankomicin | 1g       | i.v.            |                   |                 |                     |
| <input type="checkbox"/> Drugo..... | .....    |                 |                   |                 |                     |

### 4.2 Operacijske medicinske sestre

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sterilna priprava spodnjih okončin: <input type="checkbox"/> desna noga <input type="checkbox"/> leva noga <input type="checkbox"/> obe spodnji okončini                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Odstranjevanje dlak <input type="checkbox"/> da Kje?..... <input type="checkbox"/> mokro <input type="checkbox"/> suho <input type="checkbox"/> ne<br>Ocena stanja kože na operativnem polju <input type="checkbox"/> intaktna <input type="checkbox"/> poškodovana<br>Način fiksacije bolnika <input type="checkbox"/> desna noga <input type="checkbox"/> leva noga<br>Priprava operativnega polja<br>Čiščenje operativnega polja: <input type="checkbox"/> aseptično milo z jodom <input type="checkbox"/> aseptično milo brez joda<br>Dezinfekcija operativnega polja: <input type="checkbox"/> Klorhexidin glukonat <input type="checkbox"/> alkoholna raztopina z jodom <input type="checkbox"/> alkoholna raztopina brez joda<br>Pokrivanje operativnega polja z: <input type="checkbox"/> osnovni set..... <input type="checkbox"/> drugo..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Uporabljen operacijski material (nalepka za set)<br><div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Uporaba manšete za elektroskalpel<br><input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne<br><br>Prenos bolnika<br><input type="checkbox"/> dvigovanje<br><input type="checkbox"/> potegnitev<br><input type="checkbox"/> samostojno<br><input type="checkbox"/> drugo ..... |
| Kontrola sterilnosti<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">Indikator parne sterilizacije</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">Indikator plazma sterilizacije</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Priprava histološkega preparata in spremljajoče dokumentacije<br><input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne<br><br>Podpis umite MS: .....<br>Podpis neumite MS: .....                                                                                              |

#### Štetje zložencev

|             |         | Pred operacijo | Dodano med operacijo | Pred zapiranjem |         |
|-------------|---------|----------------|----------------------|-----------------|---------|
|             |         |                |                      | na mizi         | na tleh |
| Zloženci    | 10 x 10 |                |                      |                 |         |
|             | 10 x 20 |                |                      |                 |         |
| Treb.kompr. |         |                |                      |                 |         |

**UPORABLJEN UMETNI MATERIAL**

VRSTA: \_\_\_\_\_

VELIKOST: \_\_\_\_\_

VRSTA: \_\_\_\_\_

VELIKOST: \_\_\_\_\_

**4.3 Operater: M. Bratanič, dr. med. / J. Vrtek, dr. med.****4.3.1 Potek operacije**

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Potreba po endarteriektomiji <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, dolžine _____ cm                                                                   | Perioperativna aplikacija Heparina <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE                 |
| Odvzem vene: <input type="checkbox"/> ipsilateralna noga <input type="checkbox"/> kontralateralna noga <input type="checkbox"/> ni primerna                              | Dren: <input type="checkbox"/> redon <input type="checkbox"/> žlebast <input type="checkbox"/> drugo ..... |
| Zapiranje rane: <input type="checkbox"/> sponke <input type="checkbox"/> šivi                                                                                            |                                                                                                            |
| Lokalna anestezija <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, _____                                                                                        |                                                                                                            |
| Angiografija <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE                                                                                                     |                                                                                                            |
| PTA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA,                                                                                                             |                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> kontralateralni pristop <input type="checkbox"/> ipsilateralni pristop <input type="checkbox"/> dilatacija <input type="checkbox"/> stentiranje |                                                                                                            |

**4.3.2 Šifriranje operacije**

|                                                                                                    |                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femoropoplitealni obvod iz vene, anastomoza nad kolenom 32739-00          | <input type="checkbox"/> Femoropoplitealni obvod iz umetnega materiala, anastomoza nad kolenom 32751-00 |
| <input type="checkbox"/> Femoropoplitealni obvod iz vene, anastomoza pod kolenom 32742-00          | <input type="checkbox"/> Femoropoplitealni obvod iz umetnega materiala, anastomoza pod kolenom 32751-01 |
| <input type="checkbox"/> Femoroproksimalni tibialni ali peronealni obvod iz vene 32745-00          | <input type="checkbox"/> Femoroproksimalni tibialni ali peronealni obvod iz umetnega materiala 32751-02 |
| <input type="checkbox"/> Femorodistalni tibialni ali peronealni obvod iz vene 32748-00             | <input type="checkbox"/> Femorodistalni tibialni ali peronealni obvod iz umetnega materiala 32751-03    |
| <input type="checkbox"/> Endarteriektomija kot priprava za anastomozo arterijskega obvoda 33554-00 | <input type="checkbox"/> Odvzem vene z uda za obvod ali zamenjavo na drugi nogi 32760-00                |
| <input type="checkbox"/> Femoralni sekvenčni obvod iz vene 32757-00                                | <input type="checkbox"/> Femoralni sekvenčni obvod iz proteze 32757-01                                  |
| <input type="checkbox"/> DSA 60054-00                                                              | <input type="checkbox"/> Angiografija 59970-00                                                          |
| <input type="checkbox"/> PTA 35303-06                                                              | <input type="checkbox"/> Odprta PTA 35303-07                                                            |
| <input type="checkbox"/> PTA + 1 stent 35309-06                                                    | <input type="checkbox"/> Odprta PTA + 1 stent 35303-08                                                  |
| <input type="checkbox"/> PTA + več stentov 35309-07                                                | <input type="checkbox"/> Odprta PTA + več stentov 35303-09                                              |
| <input type="checkbox"/> drugo _____                                                               | <input type="checkbox"/> drugo _____                                                                    |

**4.4 Anestezijska DMS / DZN**

|                                           |                                                                                                           |               |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>ANESTEZIOLOŠKI<br/>KLINIČNI POSEG:</b> | Vnešen v BIRPIS:<br><input type="checkbox"/> DA<br><input type="checkbox"/> NE, Zakaj ne: _____           | Parafa: _____ |
| <b>DEJAVNIKI<br/>TVEGANJA:</b>            | Vnešeni v Excelovo tabelo:<br><input type="checkbox"/> DA<br><input type="checkbox"/> NE, Zakaj ne: _____ | Parafa: _____ |

| ODSTOPANJA Opis, ukrepi | Podpis |
|-------------------------|--------|
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |

## 4.5 Prebujevalnica po končanem operativnem posegu:

Ura sprejema: \_\_\_\_\_

| NAROČENI<br>POSTOPKI IN<br>POSEGI: |                                                        | Parafa (Dr. med.): |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
|                                    | <input type="checkbox"/> nadzor življenjskih funkcij   |                    |
|                                    | <input type="checkbox"/> nadzor pooperativne krvavitve |                    |
|                                    | <input type="checkbox"/> terapija bolečine             |                    |
|                                    | <input type="checkbox"/> doppler UZ                    |                    |

| Učinkovina / zdravilo:            | Odmerek: | Pot aplikacije: | Parafa (Dr. med.) | Ura aplikacije: | Parafa (AR DMS/DZN) |
|-----------------------------------|----------|-----------------|-------------------|-----------------|---------------------|
| Kisik Cilj: SpO2: _____ % ali več |          | NK / VM         |                   |                 |                     |
| Analgetik:                        |          |                 |                   |                 |                     |
| Infuzija:                         |          |                 |                   |                 |                     |
|                                   |          |                 |                   |                 |                     |
|                                   |          |                 |                   |                 |                     |

| Ura:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| KISIK |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SpO2  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 220   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 200   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 180   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 160   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 140   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 120   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VAS   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SS    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SU    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MB    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### LEGENDA:

| VAS-vizualna analogna skala                                                | SS-stopnja sedacije                 | MB-motorična blokada                      | SU-stranski učinki    |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| 0 = brez bolečin                                                           | S-spi, lahko ga zbudimo             | 1-lahko popolnoma skrčiti kolena, stopalo | 1-slabost, bruhanje   | 7-bolečina ob vbrizgani analgeziji |
| 0-3 = blaga bolečina                                                       | 1-buden, kontaktibilen              | 2-komaj skrči koleno, stopalo normalno    | 2-hipotenzija         | 8-bronhospazem                     |
| 4-6 = zmerna bolečina (dodaj analgetik)                                    | 2-zaspan, lahko prikljicljiv        | 3-ne more skrčiti kolena, stopalo lahko   | 3-srbenje             | 9-alergična reakcija               |
| 7-10 = močna bolečina (pogostejše kontrole VAS, konzultiraj anesteziologa) | 3-zelo zaspan, zaspil med pogovorom | 4-ne more premikati nog                   | 4-retenca urina       | 10-epileptični napad               |
|                                                                            | 4-somnolenten                       |                                           | 5-mravljinčenje       | 11-nevrološki zapleti              |
|                                                                            |                                     |                                           | 6-izpad katetra/drena | 12-zmanjšana gibljivost črevesja   |
|                                                                            |                                     |                                           |                       | 13-drugo                           |

**Stanje pacienta ob odpustu iz prebujevalnice:**

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Parafa<br/>AR DMS /<br/>DZN</b> |
| <b>STANJE<br/>ZAVESTI:</b>     | <input type="checkbox"/> buden, orientiran                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> zaspan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |
| <b>BOLEČINA:</b>               | <input type="checkbox"/> brez bolečine, VAS=0                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> bolečina je znosna, VAS < 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| <b>VSTAVLJENI<br/>KATETRI:</b> | <input type="checkbox"/> CVK<br><input type="checkbox"/> Arterijska kanila, mesto: _____<br><input type="checkbox"/> NGS<br><input type="checkbox"/> V.A.C.<br><input type="checkbox"/> urinski kateter, _____ ml urina ob predaji<br><input type="checkbox"/> _____ | <b>Preverjena lega:</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE<br><b>Preverjena lega:</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE<br><b>Preverjena lega:</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE<br><b>Preverjena lega:</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE<br><b>Preverjena lega:</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE<br><b>Preverjena lega:</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |                                    |
| <b>DRENAŽE:</b>                | <b>Dren 1</b> _____<br><b>Dren 2</b> _____<br><b>Dren 3</b> _____                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Odprt <input type="checkbox"/> Zaprt _____ ml<br><input type="checkbox"/> Odprt <input type="checkbox"/> Zaprt _____ ml<br><input type="checkbox"/> Odprt <input type="checkbox"/> Zaprt _____ ml                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |
| <b>PREVEZA<br/>RANE:</b>       | <input type="checkbox"/> Suha<br><input type="checkbox"/> _____                                                                                                                                                                                                      | <b>Obveščen operater :</b> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |
| <b>OSTALE<br/>POSEBNOSTI:</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |
| <b>Doppler UZ</b>              | Pretok <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |

**Pacient premeščen v/na:**
☐ Enoto intenzivne nege ☐ Kirurški oddelek ☐ Ostalo: \_\_\_\_\_

**Navodila za MS/ZT na oddelku:**


---



---

Ura odpusta pacienta iz prebujevalnice: \_\_\_\_\_

Podpis anesteziologa ob odpustu: \_\_\_\_\_

Podpis MS/ZT oddelka, ki pacienta prevzame: \_\_\_\_\_

**5 POSTOPERATIVNO OBDOBJE** ☐ oddelek ☐ EIN

Po splošni anesteziji bolniku 2 uri močimo usta. Če po 2 urah ni slabosti ali bruhanja, lahko pije bistro tekočino.

☐ hrano bolnik dobi ob.....uri ☐ prvo vstajanje ob .....uri

**ODSTOPANJA:** \_\_\_\_\_

| OPAZOVANJE<br>BOLNIKA | URA | RR | fr | Sat.O <sub>2</sub> | Perfuzijski signal                                      | OPOMBA | Podpis MS / ZT |
|-----------------------|-----|----|----|--------------------|---------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Na 1 URO              |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
| Na 6 UR               |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    |                    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |

## POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE

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

| ODSTOPANJA Opis, ukrepi | Podpis |
|-------------------------|--------|
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |

### 6 PRVI POOPERATIVNI DAN ☐ ODDELEK ☐ EIN

| OPAZOVANJE BOLNIKA | URA | RR | fr | Perfuzijski signal                                      | OPOMBA | Podpis MS / ZT |
|--------------------|-----|----|----|---------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Na 4 URE           |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |

| ODSTOPANJA Opis, ukrepi | Podpis |
|-------------------------|--------|
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |

### 7 DRUGI POOPERATIVNI DAN ☐ ODDELEK ☐ EIN

| OPAZOVANJE BOLNIKA | URA | RR | fr | Perfuzijski signal                                      | OPOMBA | Podpis MS / ZT |
|--------------------|-----|----|----|---------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Na 6 UR            |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |

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

| ODSTOPANJA Opis, ukrepi | Podpis |
|-------------------------|--------|
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |

### 8 TRETJI POOPERATIVNI DAN ☐ ODDELEK ☐ EIN

| OPAZOVANJE BOLNIKA | URA | RR | fr | Perfuzijski signal                                      | OPOMBA | Podpis MS / ZT |
|--------------------|-----|----|----|---------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Na 8 UR            |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                    |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |

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

| ODSTOPANJA Opis, ukrepi | Podpis |
|-------------------------|--------|
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |
|                         |        |



# 9 ČETRTE POOPERATIVNI DAN ☐ ODDELEK ☐ EIN

| OPAZOVANJE<br>BOLNIKA | URA | RR | fr | Perfuzijski signal                                      | OPOMBA | Podpis MS / ZT |
|-----------------------|-----|----|----|---------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Na 12 UR              |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |
|                       |     |    |    | <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE |        |                |

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

| ODSTOPANJA | Opis, ukrepi | Podpis |
|------------|--------------|--------|
|            |              |        |
|            |              |        |
|            |              |        |
|            |              |        |

## 10 ODPUST - OCENA STANJA BOLNIKA

|               |                                                                                                     |                                               |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Žilni pristop | <input type="checkbox"/> Odstranitev venske kanile                                                  | <input type="checkbox"/> Ocena vbojnega mesta |
| Komunikacija  | <input type="checkbox"/> Stanje zavesti kot ob sprejemu <input type="checkbox"/> Spremenjeno stanje |                                               |

Podpis MS / ZT.....

|                          |                                                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Protibolečinska terapija | <input type="checkbox"/> brez <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> Daleron <input type="checkbox"/> Algominial |
|                          | <input type="checkbox"/> Drugo.....                                                                                                |
| Antitrombotična terapija | <input type="checkbox"/> da ..... <input type="checkbox"/> ne                                                                      |
| Antikoagulantna terapija | <input type="checkbox"/> da ..... <input type="checkbox"/> ne                                                                      |
| Opis operativne rane     | Krvavitev <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da .....                                                            |
|                          | Hematom <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da .....                                                              |
|                          | Infekt <input type="checkbox"/> brez <input type="checkbox"/> pordelost .....                                                      |

| GLEŽENJSKI INDEX                           | Levo _____, Desno _____           |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|
| Krvni tlak brahialno Levo / Desno (označi) | _____ mmHg                        |
| Krvni tlak ADP                             | Levo _____ mmHg, Desno _____ mmHg |
| Krvni tlaki ATP                            | Levo _____ mmHg, Desno _____ mmHg |
| Krvni tlaki poplitealno                    | Levo _____ mmHg, Desno _____ mmHg |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Svetovanje          | <input type="checkbox"/> Operiranec dobi navodila v zvezi z razgibavanjem, bolečino, opazovanjem operativne rane, pooperativno kontrolo                                                                                                               |
| NAROČEN NA KONTROLO | <input type="checkbox"/> v Ambulanto za kronične rane: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne<br><input type="checkbox"/> v Kirurško ambulantno za periferne žilne bolezni : <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne |

Podpis zdravnika.....



1

---

izdaja 1 (7/2025)
Stran 10 od 10
KRG KP 1 KP Femoropoplitealni žilni obvod – PAOB