

Predstojnik oddelka: Marko Rifel dr.med., specialist travmatologije in splošne kirurgije

Klinična pot

Operacija krčnih žil - Lokalno

IME IN PRIIMEK BOLNIKA

Operater:

Bratanič / Orožen / Vrtek

ALERGIJE

PRIDRUŽENE BOLEZNI

Uredili: M. Bratanič, J. Orožen, M. Rifel, J. Vrtek

1 SPREJEM, datum: _____

Bolnik prinaša s seboj glede na njegovo starost in pridružene bolezni <input type="checkbox"/> Laboratorijske izvide <input type="checkbox"/> Izvid flebološke ambulante <input type="checkbox"/> PODPISAN privolitveni obrazec <input type="checkbox"/> Drugo _____ Sprejemna kirurška MS naj prepíše pomembne laboratorijske vrednosti na temperaturno listo.	Številka kontaktne osebe : Sprejemna kirurška medicinska sestra:
---	---

C0 Brez vidnih kožnih sprememb	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
C1 Teleangiektazije/retikularne vene	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
C2 Varikozno spremenjene podkožne vene	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
C3 Edem nog	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
C4 Hipostatske kožne spremembe	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
C5 Zaceljen venski ulkus	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
C6 Aktivna venska razjeda	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE

2 PREDOPERATIVNO OBDOBJE

S seboj je prinesel: <input type="checkbox"/> haljo <input type="checkbox"/> copate			
Doma je vzel redno terapijo: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, _____			
Komunikacija	Pacienti so seznanjeni: <input type="checkbox"/> s prostori na oddelku <input type="checkbox"/> s pravicami in dolžnostmi Komunikacija z bolnikom poteka: <input type="checkbox"/> miren pogovor z bolnikom <input type="checkbox"/> pacient je do operativnega posega odklonilen		
Bolnik prinaša s seboj naslednje ortopedske oz. ortodonske 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 <input type="checkbox"/> sveže osebno perilo		
Prehranjevanje in pitje	<input type="checkbox"/> bolnik je tešč	<input type="checkbox"/> naročilo hrane za bolnika	
Izogibanje nevarnostim v okolju	<input type="checkbox"/> odstranitev nakita in dragocenosti Kam? _____	<input type="checkbox"/> odstranitev ortodonskih pripom. Kam? _____	<input type="checkbox"/> odstranitev osebnega sp. perila <input type="checkbox"/> spremstvo bolnika v OP
Bolečina	<input type="checkbox"/> seznanitev bolnika z vodenjem postoperativne bolečine, VAS		
Žilni pristop	i.v. kanila <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	Lokacija _____	Velikost _____
Izločanje	<input type="checkbox"/> izpraznitev mehurja pred odhodom v OP		Podpis MS/ZT

ODSTOPANJA Opis, ukrepi	Podpis

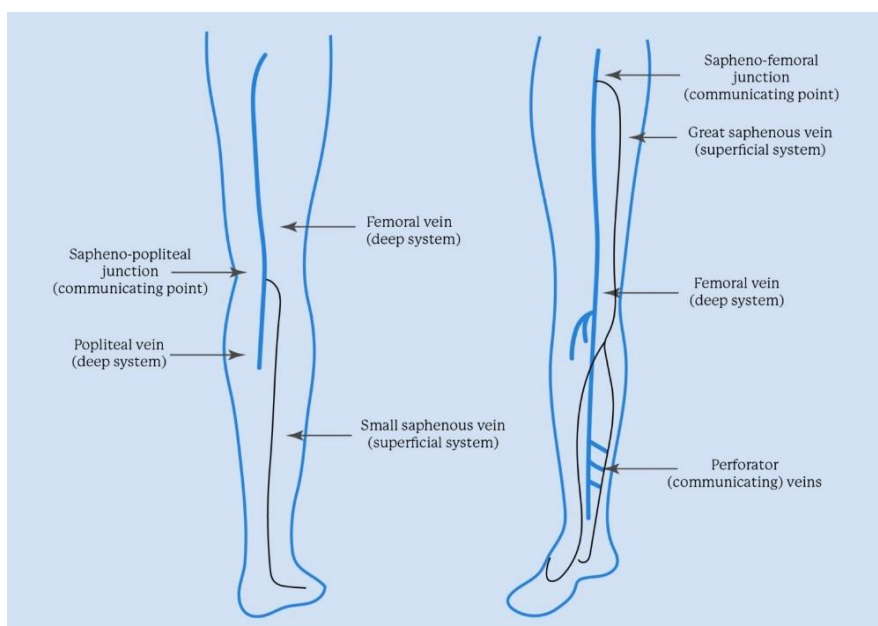
3 MEDOPERATIVNO OBDOBJE

3.1 Operacijske medicinske sestre

Odstranjevanje dlak <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, _____ <input type="checkbox"/> mokro <input type="checkbox"/> suho Podpis:	
Ocena stanja kože na operativnem polju <input type="checkbox"/> intaktna <input type="checkbox"/> poškodovana	
Način fiksacije bolnika <input type="checkbox"/> desna roka <input type="checkbox"/> leva roka <input type="checkbox"/> desna noga <input type="checkbox"/> leva noga	
Priprava operativnega polja: Čiščenje operativnega polja: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, <input type="checkbox"/> aseptično milo z jodom <input type="checkbox"/> aseptično milo brez joda Dezinfekcija operativnega polja: <input type="checkbox"/> aseptično milo z jodom <input type="checkbox"/> aseptično milo brez joda <input type="checkbox"/> alkoholna raztopina z jodom <input type="checkbox"/> alkoholna raztopina brez joda	
Pokrivanje operativnega polja z: <input type="checkbox"/> set za krčne žile <input type="checkbox"/> drugo _____	
Uporabljen operacijski material (nalepka za set) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	Uporaba manšete za elektroskalpel <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Prenos bolnika <input type="checkbox"/> dvigovanje <input type="checkbox"/> potegnitev <input type="checkbox"/> samostojno <input type="checkbox"/> drugo _____
Kontrola sterilnosti <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">Indikator parne sterilizacije</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Indikator plazma sterilizacije</div>	Priprava histološkega preparata in spremljajoče dokumentacije <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Podpis umite OP MS: _____ Podpis neumite OP MS: _____

3.2 Operater

<input type="checkbox"/> Prekinitev krčnih žil velike (dolge) in/ali male (kratke) safenske vene (32508-00)	<input type="checkbox"/> Prekinitev krčnih žil z več dotoki (32504-00)
<input type="checkbox"/> Reoperacija krčnih žil spodnje okončine (32514-00)	<input type="checkbox"/> Subfascialna prekinitev perforantnih ven (32507-01)
<input type="checkbox"/> Sklerozacija perforantnih ven	<input type="checkbox"/> Sklerozacija retikularnih ven
<input type="checkbox"/> Prekinitev perforantnih ven	<input type="checkbox"/> Drugo _____
Kožna incizija <input type="checkbox"/> šivi <input type="checkbox"/> sponke <input type="checkbox"/> punch	<input type="checkbox"/> EVLA (____cm, ____J) / <input type="checkbox"/> RFA (____cm)



4 POSTOPERATIVNO OBDOBJE

OPAZOVANJE BOLNIKA	URA	RR	Pulz	Sat.O ₂	OPOMBA	Podpis MS / ZT
na.....URE						

POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE

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

ODSTOPANJA Opis, ukrepi	Podpis

5 ODPUST - OCENA STANJA BOLNIKA

Protibolečinska terapija	<input type="checkbox"/> brez eRp za: <input type="checkbox"/> Daleron <input type="checkbox"/> Algominial <input type="checkbox"/> Nalgesin <input type="checkbox"/> drugo _____
Antikoagulantna terapija	<input type="checkbox"/> Fragmin 5000 IE/24h sc <input type="checkbox"/> Fragmin 5000 IE/12h sc <input type="checkbox"/> redna antikoagulantna terapija <input type="checkbox"/> Drugo _____
Antibiotična terapija	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, <input type="checkbox"/> Amoksiklav <input type="checkbox"/> Drugo _____
Kompresijsko zdravljenje	<input type="checkbox"/> 2 tedna <input type="checkbox"/> 3 tedne

Svetovanje	<input type="checkbox"/> Operiranec dobi navodila v zvezi z razgibavanjem, bolečino, opazovanjem operativne rane, pooperativno kontrolo in kompresijsko terapijo
NAROČEN NA KONTROLO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA v flebološki ambulanti	Podpis zdravnika:

Nalepka pacienta

DIAGNOZA

Datum posega:

Alergije:

Operativni poseg:	Stran: <input type="checkbox"/> desno / <input type="checkbox"/> levo	<input type="checkbox"/> EVLA VSM <input type="checkbox"/> EVLA VSP
Operater: BRATANIČ / OROŽEN / VRTEK		<input type="checkbox"/> Flebektomija
		<input type="checkbox"/> Zapora perforatorja
		<input type="checkbox"/> Sklerozacija
		<input type="checkbox"/>

Temperaturni list:

		Datum:				
Klinični status, Navodila zdravnika		<input type="checkbox"/> Hlajenje				
	6 - 10	10 - 14	14 - 18			
Frekvenca pulza						
Krvni tlak						
Saturacija						
Ura, podpis MS						
DIETA:						
Zdravilo / doza / interval / način aplikacije :	Ura in Podpis ZDR.	Ura in Podpis MS				
		8	10	12	14	16
FRAGMIN 5000IE sc						
BRUFEN 600mg po						
DALERON 1g po						
ALGOMINAL 500mg po						
DORMICUM 7,5mg po						
APaurin 5mg po						