



KLINIČNA POT ZA OPERACIJO KILE V LOKALNI ANESTEZIJI (enodnevna obravnava)

Prvi pregled v kirurški specialistični ambulanti									
Datum pregleda v kirurški specialistični ambulanti									
Zdravnik, ki je opravil pregled:									
Veljavna napotnica izbranega zdravnika:									
Anamneza:					Popis bolezni				
Opis težav									
Trajanje težav									
Medikamentozna anamneza									
Zdravila proti strjevanju krvi									
Druge operacije v preteklosti									
Alergije									
Spremljajoče bolezni									
Srčna bolezen	DA NE	Povišan RR	DA NE	Bolezni ščitnice	DA NE	Glaukom	DA NE	AIDS / HIV	DA NE
Pljučna bolezen	DA NE	Nizek RR	DA NE	Sladkorna bolezen	DA NE	Okužba	Da NE	Krvna bolezen	DA NE
Ledvična bolezen	DA NE	Bolezni jeter	DA NE	Anemija	DA NE	Maligna bolezen	DA NE	Hepatitis	DA NE
Kajenje	sem prenehal DA NE		Alkohol	sem prenehal DA NE		droge	Sem prenehal DA NE		
Stara medicinska dokumentacija									DA NE
Klinični pregled in ocena lokalnega stanja									DA NE
Ingvinalna/femoralna kila			LEVO				DESNO		
Popkovna kila /		ventralna kila /		brazgotinska kila			recidivna kila		DA NE
Seznanitev bolnika z operativnim posegom									DA NE
Privolitev za operativni poseg									DA NE
Izvid UZ									DA NE
Predoperativne preiskave (izvid star ne več kot 10 dni):									
Določitev datuma operacije									DA NE
Vpis v čakalno knjigo									DA NE
Operater:									

NAVODILA ZA OPERATIVNI POSEG (USTNO, PISNO)	
Prenehanje jemanja zdravila proti strjevanju krvi teden dni pred operacijo (če jemlje ASPIRIN ipd)	DA NE
Konverzija na Fraxiparine po navodilih antikoagulantne ambulante (če jemlje Marevan ipd)	DA NE
Prenehanje jemanja zdravila proti stjevanju krvi 48h pred operacijo (če jemlje Xarelto, Eliquis ipd)	DA NE
Bolnik prejme navodila:	
<ul style="list-style-type: none">✓ na dan operacije naj bo pacient TEŠČ - poseg se opravi v lokalni anesteziji✓ zjutraj na dan operacije naj vzame redno terapijo✓ koža v predelu operativnega polja mora biti čista in brez sprememb (vnetja, poškodbe....)✓ predel se ne sme obriti✓ za transport po operativnem posegu potrebuje spremstvo odrasle osebe <p>S seboj v bolnišnico naj prinese:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ po možnosti copate in haljo✓ zjutraj se naj stušira✓ ne pozabiti na škatlico za zobno protezo, palico ali bergle, slušni aparat, očala (če uporablja)✓ doma naj pusti ves nakit, ne imeti s sabo večje količine denarja, dokumentov, razen kartice zdravstvenega zavarovanja✓ tekom hospitalizacije za vse stvari, ki jih ima pri sebi (denarnico, bančne kartice, torbice, mobilni telefon idr.) odgovarja sam	

Ambulantni karton izdan dne:	
Bolnik bo sprejet in operiran dne:	
Posebnosti ob pregledu v kirurški specialistični ambulanti:	

DAN OPERACIJE

Bolnik se oglasi v kirurški specialistični ambulanti ob 7.30 uri z vsemi izvidi zaradi sprejema na oddelek.

Nalepka bolnika

Kartica zdravstvenega zavarovanja:	DA NE
Klinični pregled in anamneza ob sprejemu	DA NE
Ocena lokalnega stanja operativnega predela	DA NE
Ali je bolnik prenehal z jemanjem zdravila proti strjevanju krvi pred operacijo (po navodilu)	DA NE
Ali je bolnik jutraj vzel predpisano redno terapijo?	DA NE
Ali ste opazili kakšno spremembo na koži, kjer boste operirani?	DA NE
Kontraindikacija za operativni poseg (vpišite katera):	DA NE
Privolitev za operativni poseg s podpisom bolnika in zdravnika	
<p>IZJAVA BOLNIKA/CE NA OPERATIVNI POSEG INGVINALNE KILE</p> <p>Zdravnik operater _____ me je seznanil/a z dosedanjimi preiskavami in s predvideno operacijo kile. Razložil mi je predviden potek operacije in me seznanil z možnimi zapleti. Razlago sem razumel/a, lahko sem vprašal/a vse kar me je zanimalo.</p> <p><input type="checkbox"/> Nimam nobenih vprašanj</p> <p><input type="checkbox"/> prosim za dodatna pojasnila: <input type="checkbox"/> o načinu OP, <input type="checkbox"/> pomenu <input type="checkbox"/> posledicah OP <input type="checkbox"/> tveganjih <input type="checkbox"/> dodatnih posegih</p> <p>Opombe zdravnika _____</p> <p><input type="checkbox"/> soglašam z operacijo vključno z lokalno anestezijo in možnimi nujnimi dodatnimi posegi. Soglašam tudi s spremembami in razširitvijo posega, če bo to med operacijo potrebno</p> <p><input type="checkbox"/> ne soglašam z operacijo. S posledicami te svoje odločitve sem seznanjen.</p> <p>Opombe zdravnika _____</p> <p>Datum: _____ podpis bolnika: _____ podpis zdravnika: _____</p>	
Temperaturni list s predpisom:	
vzpostavitev periferne venske poti	DA NE
premedikacija	DA NE

SEZNAM PACIENTOVE REDNE TERAPIJE (iz priloženega seznama osebnega zdravnika pacientove redne terapije)

IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA OB SPREJEMU: _____ podpis _____	POTRJENO S STRANI	IZPOLNI ZDRAVNIK OB SPREJEMU. _____ podpis _____
Ime zdravnika / dopolnila / način /interval doziranja	1.pacienta 2. oseb. zdravnika 3. zapis na škatlici 4. E- podatkov 5. drugo	<ul style="list-style-type: none"> • Spremenjeno naročilo • Ne naročilo • opombe

nima redne terapije

SPREJEM BOLNIKA

Bolnik dobil :	Pižamo/ spalno srajco	haljo	copate
Identifikacijska zapestnica na roki:			DA NE
Osebnosti stvari	ima pri sebi	odnesli svojci	
Kontaktna oseba:	Naslov:	Telefon:	
Datum in ura sprejema :			
Pripomočki:	očala	leče	slušni aparat
	bergle	zobna proteza	Drugo:
Podpis sprejemne medicinske sestre			

Transport bolnika na oddelek v spremstvu medicinske sestre					DA NE
Namestitev bolnika v bolniško sobo in posteljo					DA NE
Seznanitev bolnika s hišnim redom, pravicami in dolžnostmi					DA NE
Seznanitev bolnika s prostori na oddelku					DA NE
Psihična priprava bolnika na operativni poseg					DA NE
Klinične meritve	RR:	P:	TT:	TV:	
Nastavitev periferne venskega kanala					DA NE
Neposredna priprava na operativni poseg:					
- odstranitev pripomočkov (proteza, očala....)					DA NE
- odstranitev nakita					DA NE
- izpraznitev mehurja pred operativnim posegom					DA NE
- ustrezno spodnje perilo					DA NE
- priložena medicinska dokumentacija					DA NE
Aplikacija predpisane premedikacije (temperaturni list)					DA NE
Aplikacija predpisanega analgetika (temperaturni list)					DA NE
Transport bolnika v operacijsko dvorano v spremstvu medicinske sestre			Sedeči voziček	Postelja	
Podpis sobne medicinske sestre in vodje tima					

Posebности zdravstvene nege v predoperativnem obdobju:

OPERATIVNI POSEG

Stran/mesto operativnega posega:		LEVA	DESNA
Operater:		Asistenca:	
Umita inštrumentarka :		Neumita inštrumentarka:	
Čas prihoda v operacijsko dvorano			
Namestitev bolnika na operacijsko mizo		ležeči položaj	fiksacija roka z i.v. kanilo iztegnjena
Infuzija			DA NE
Kutor : _____		Nevtralna elektroda	
Aspirator			DA NE
Meritve	RR	P	SpO ₂
Kirurški varnostni list			DA NE
Posebnosti			DA NE
Ocena stanja kože na operativnem polju		Intaktna	poškodovana
Zaznamki zdravnika operaterja			DA NE
Priprava OP materiala: <ul style="list-style-type: none"> - Mreža: hernia I,II,III,IV - set za hernio - mrežica za kilo 		Nalepke sterilnosti:	
Britje			
			DA NE
Razkuževanje operativnega polja	0,1% Clorhexidin sol (milnica)	2% Clorhexidin alkoholni obarvan	
Pokrivanje operativnega polja	material za enkratno uporabo		
Lokalni anestetik	1% Xylocain _____ ml		
	Drugo: _____ ml dodatek adrenalina _____ ml		
Dodatna i.v. terapija	NE DA(katera) _____		
Izpiranje Izvedba operacije			DA NE
Izpiranje	Ringer	0,9% NaCl	
Šivi	Ligature:		Kožni šiv:
Sterilno kritje OP polja			DA NE
Posebnosti med OP			DA NE
Operacijski zapisnik			DA NE
BOLNIK PREMEŠČEN IZ OPERACIJSKE DVORANE NA ODDELEK ob _____			
Transport na oddelek v ležečem položaju v spremstvu medicinske sestre			DA NE
Predpisana pooperativna terapija s strani operaterja / temperaturni list			DA NE
Navodila operaterja za opazovanje bolnika v pooperativnem obdobju			DA NE

OPAZOVANJE		Vrednosti/opažanja		Podpis MS
VITALNE FUNKCIJE	RR, P ob prihodu iz operacijske	RR	P	
	Pred odpustom	RR	P	
	temperatura	°C	°C	
	SpO ₂	%	%	
OPERATIVNA RANA	Opazovanje preveze operativne rane	Po OP	ob odpustu	
	drenaže operativne rane	DA NE		
OCENA KOŽE NA MESTU NEVTRAVNE ELEKTRODE		DA NE		
BOLEČINA PO VAS	Po operativnem posegu	VAS		
	Po 1 uri	VAS		
	Ob odpustu	VAS		
ŽILNI PRISTOP	Po izteku predpisane infuzijske tekočine, veno kanilo zapremo in prebrizgamo	DA NE		
	Pred odpustom veno kanilo odstranimo	DA NE		
TERAPIJA	Apliciramo po naročilu zdravnika (Temperaturni list)	DA NE		
IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU	Klicna naprava v dosegu roke	DA NE		
	Ograja glede na tveganje za padec	DA NE		
PREGLED PREVEZE OPERATIVNE RANE, OCENA LOKALNEGA IN SPLOŠNEGA STANJA BOLNIKA	Ob odpustu zdravnik	DA NE		Podpis zdravnika:
Prvo vstajanje bolnika 1- 2 uri po operativnem posegu v spremstvu medicinske sestre				DA NE
Naročen obrok (ustrezna dieta)				DA NE

ODPUST IZ BOLNIŠNICE (VSAJ 3 ure po OP posegu)

Pacient dobil pisna in ustna navodila in pojasnila v zvezi z bolečino, opazovanjem rane, telesne temperature in dovoljene telesne aktivnosti				DA NE
Odpustno pismo prejel	osebno	prejeli svojci	poslano po pošti	
Recepti za analgetik				DA NE
Naročen na kontrolo	2. dan po operaciji pri izbranem zdravniku Pri operaterju dne: _____ V primeru poslabšanja TAKOJ			
Bolnik odpuščen	Dne:	Ura:		
Bolnik je odpuščen v spremstvu odrasle osebe				DA NE

KONTROLNI PREGLED PO OPERATIVNEM POSEGU

Datum pregleda			
Splošno stanje			
Bolečina po vas/lokacija			
Prevez operativnega predela	DA NE	Posebnosti:	
Lokalno stanje			
Nadaljnje kontrole	Pri osebem zdravniku po končanem zdravljenju pri operaterju		
Pregled opravil:			

POSEBNOSTI IN ODPSTOPANJA OD KLINIČNE POTI