



KLINIČNA POT OBRAVNAVE BOLNIKOV S KRČNIMI ŽILAMI - ENDOVENSKA LASERSKA ABLACIJA (enodnevna obravnava)

Prvi pregled v kirurški specialistični ambulanti											
Datum pregleda v kirurški specialistični ambulanti											
Zdravnik, ki je opravil pregled:											
Veljavna napotnica izbranega zdravnika:											
Anamneza:											
Opis težav		bolečina		otekanje		krči		srbenje		prisotnost rane	
Trajanje težav											
Dosedanje zdravljenje:				konzervativno			Operativno kdaj?				
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									DA NE		
Alkohol									DA NE		
Stara medicinska dokumentacija									DA NE		
Opravljena Doppler preiskava ožilja spodnjih okončin v zadnjih 6 mesecih:									DA NE		
Klinični pregled in ocena lokalnega stanja									DA NE		
Indikacija za EWLA									DA NE		
Seznanitev bolnika z operativnim posegom									DA NE		
Privolitev za operativni poseg									DA NE		
Predoperativne preiskave (izvid star ne več kot 10 dni):				HEMOGRAM			Drugo:				
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)	DA NE
Konverzija na Fraxiparine po navodilih antikoagulantne ambulante, v kolikor prejema Marevan, Xarelta,	DA NE
Bolnik prejme navodila za:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ na dan operacije ni potrebno biti 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"> - KOMPRESIJSKO NOGAVICO Z II. STOPNJO KOMPRESIJE, KI SEGA DO DIMELJ ✓ po možnosti copate in haljo ✓ zjutraj se naj stušira ✓ ne pozabiti na škatlico za zobno protezo, palico ali bergle, slušni aparat, očala (če uporabljate) ✓ 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 1 teden pred operacijo	DA NE
Ali je bolnik jutraj vzel predpisano redno terapijo?	DA NE
Ali ste opazili kakšno spremembo na koži, kjer boste operirani?	DA NE
Imate s seboj nogavico za operirano nogo	DA NE
Kontraindikacija za operativni poseg (vpišite katera):	DA NE

Privolitev za operativni poseg s podpisom bolnika in zdravnika

IZJAVA BOLNIKA/CE NA OPERATIVNI POSEG ENDOVENSKA LASERSKA ABLACIJA

Zdravnik operater _____ me je seznanil/a z dosedanjimi preiskavami in s predvideno operacijo endovenske laserske ablacije. Razlago sem razumel/a, lahko sem vprašal/a vse kar me je zanimalo.

- Ninam nobenih vprašanj
 prosim za dodatna pojasnila: o načinu OP, pomenu posledicah OP tveganjih dodatnih posegih

Opombe zdravnika _____

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

ne soglašam z operacijo. S posledicami te svoje odločitve sem seznanjen.

Opombe zdravnika _____

Datum: _____ podpis bolnika: _____ podpis zdravnika: _____

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 zdravila / 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			

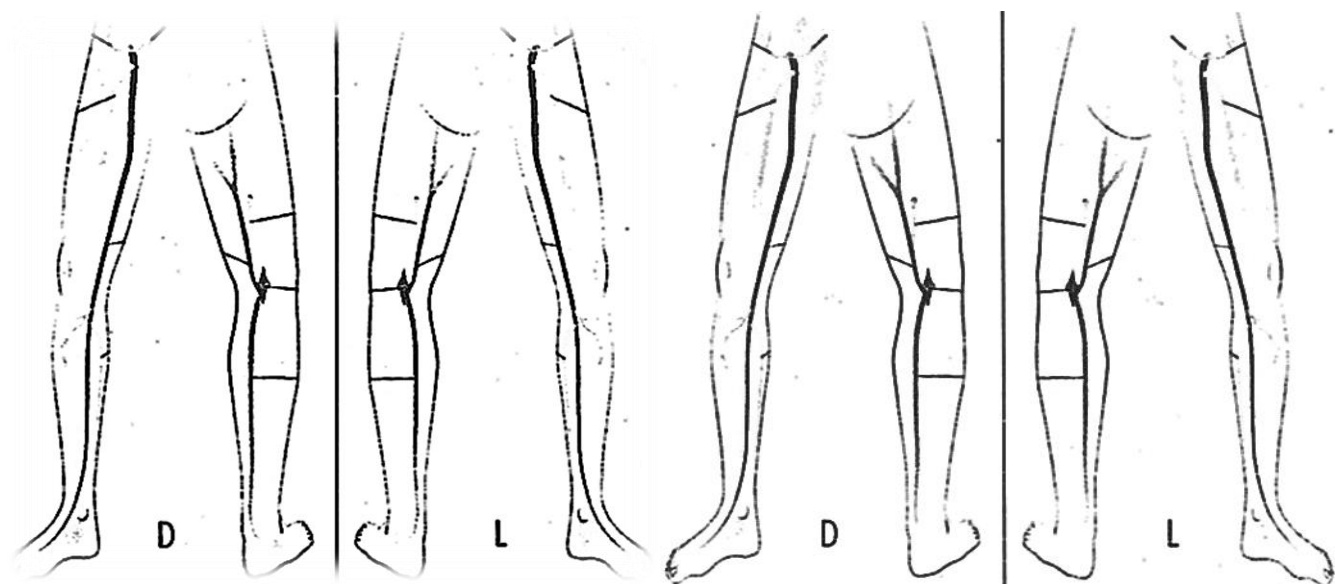
Transport bolnika na oddelek v spremstvu medicinske sestre	DA NE			
Namestitev bolnika v bolniško sobo in posteljo	DA NE			
Seznanitev bolnika s hišnim redom, pravicami in dolžnostmi	DA NE			
Seznanitev bolnika s prostori na oddelku	DA NE			
Psihična priprava bolnika na operativni poseg	DA NE			
Klinične 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			
- priložena kompresijska nogavica	DA NE			
Transport bolnika v operacijsko dvorano v spremstvu medicinske sestre	Sedeči voziček	Postelja		
Podpis sobne medicinske sestre in vodje tima				
Posebnosti zdravstvene nege v predoperativnem obdobju:				

OPERATIVNI POSEG

Stran/mesto operativnega posega: _____

Označitev pregled

Označitev operativni poseg





Operater:	Asistenca:	
Umita inštrumentarka :	Neumita inštrumentarka II:	
Čas prihoda v operacijsko dvorano		
Označitev varic z UZ pregledom	DA NE	
Aplikacija premedikacije: Dormicum 7,5 mg tbl,	DA NE	
Aplikacija analgetika: Naklofen duo75 mg caps	DA NE	
Namestitev bolnika na operacijsko mizo	Ležeči položaj	
Kirurški varnostni list	DA NE	
Ocena stanja kože na operativnem polju	Intaktna	poškodovana
Zaznamki zdravnika operaterj	DA NE	
Priprava OP materiala: <ul style="list-style-type: none">- Set (mreža) za krčne žile- set varice za enkratno uporabo	Nalepke sterilnosti:	
Razkuževanje operativnega polja	Braunol 75 mg/g	
Pokrivanje operativnega polja	material za enkratno uporabo	
Lokalni anestetik	1% Xylocacin Mešanica: 500ml NaCl+ 20 ml 2% Xylocan + 4 ml 8,4 % Na hidrogencarbonat + 0,5ml Suprarenin	
Izvedba operacije	DA NE	
Zapleti	DA NE	
Sterilno kritje OP polja	DA NE	
Namestitev nogavice in elastičnega povoja	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	

POOPERATIVNO OBDOBJE

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	
OPERATIVNA RANA	Opazovanje preveze operativne rane			
BOLEČINA PO VAS	Po operativnem posegu	VAS		
	Po 1 uri	VAS		
	Ob odpustu	VAS		
ŽILNI PRISTOP	Po izteku predpisane infuzijske tekočine, vensko kanilo zapremo in prebrizgamo		DA NE	
	Pred odpustom vensko kanilo odstranimo		DA NE	
TERAPIJA	Apliciramo po naročilu zdravnika (Temperaturni list)		DA NE	
IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU	Klicna naprava v doseg 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
Edukacija aplikacije Fraxiparina subcutano (praktični prikaz)	DA NE

ODPUST IZ BOLNIŠNICE (VSAJ 2 ur 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
Recept za Fraxiparine			DA NE
Pisna navodila za aplikacijo Fraxiparine (aplikacija 10 dni)			DA NE
Naročen na kontrolo	2 dni po operaciji pri operaterju v kirurški specialistični ambulanti V primeru poslabšanja TAKOJ		
Navodila o uporabi kompresijskih nogavic	Nošenje nogavice do prvega preveza brez snemanja		
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 osebnem zdravniku po končanem zdravljenju pri operaterju	
Navodila za uporabo kompresijskih nogavic		DA NE
Pregled opravil:		

POSEBNOSTI IN ODPSTOPANJA OD KLINIČNE POTI