

OBVESTILO

Po opravljenih meritvah v naši ambulanti ste na čakalni listi za operacijo sive mreže.

Ko boste na vrsti Vas pokličemo in Vam sporočimo termin operacije.

Šele po dogovorjenem terminu, se boste oglasili pri svojem osebnem zdravniku, ki Vam bo odredil vse potrebne pred operativne preiskave.

Na dan operacije prinesete s sabo:

- izpolnjen obrazec vašega osebnega zdravnika
- vaše soglasje za zdravstveni poseg
- zdravstveno izkaznico
- novo napotnico, v kolikor Vam je potekla

POZOR:

Dan pred operacijo se stuširajte.

Če se zdravite zaradi prostate, prekinite terapijo tri tedne pred operativnim posegom.

Če jemljete Aspirin, ga prekinite en teden pred operacijo.

Če ste sladkorni bolnik se ravnajte po ustaljenih navodilih.

Če ste občutljivi na kakšna zdravila, nas na to opozorite.

Za domov si uredite spremstvo, kajti po operaciji boste zapustili oddelek.

Dan po operaciji se boste oglasili v naši ambulanti med 7.30 in 8.00 uro, kjer boste dobili vsa nadaljnja navodila.

Potrudili se bomo, da se boste pri nas dobro počutili.

SREČNO!

SPLOŠNA BOLNIŠNICA PTUJ

Očesna ambulanta Ptuj

Tel: 02 7491498

SOGLASJE ZA ZDRAVSTVENI POSEG

Bolnik(ca) _____ roj. _____ ,

s stalnim bivališčem _____ ,

izjavljam, da mi je lečeča zdravnica: Brigita Cvetko dr.med.spec. oftalmolog podrobno razložila moje bolezensko stanje.

Po podrobni obrazložitvi sem lečeči zdravnici zastavil(a) dodatna vprašanja, ter bil(a) popolnoma poučen(a) in nimam ničesar dodati.

S pojasnili in odgovori lečeče zdravnice v zvezi s potrebnim posegom in nadaljnjim zdravljenjem sem natančno seznanjen(a) in soglašam, da se poseg opravi.

Lečeča zdravnica mi je popolnoma razložila vse morebitne zaplete, ki spremljajo moje zdravljenje in lahko ogrozijo moje zdravje in življenje.

Lečeči zdravnici povsem zaupam in ji prepuščam odločitve glede morebitne razrešitve zdravstvenih posegov, spremembe zdravljenja med posegom in neposredno po njem.

V kolikor bo med zdravniškim posegom nastala potreba po splošni omami, lokalni anesteziji ali po transfuziji krvi, na vse pristajam, potem ko sem razumel(a) pojasnila in razlago glede morebitnih stranskih učinkov in zapletov.

S svojim podpisom potrjujem, da mi je lečeča zdravnica vse prej navedeno podrobno pojasnila, da sem pojasnila razumel(a) in da dajem privolitev za zdravljenje in zdravniški poseg.

Lečeči zdravnik:

Brigita Cvetko
dr.med.
spec. oftalmolog

Bolnik: _____

Datum: _____

SPOŠTOVANI GOSPOD ALI GOSPA DOKTOR!

Vaš bolnik _____, roj. _____,
stanujoč _____.
ima pri nas predviden operativni poseg očesa v lokalni anesteziji.

Bolnik naj opravi pred operativne preiskave, po vaši presoji.

Vljudno Vas prosim, da izpolnite obrazec.

DIAGNOZA: _____

TERAPIJA: _____

DIETA: _____

Potrjujem, da je bolnik sposoben za operacijo v lokalni anesteziji.

Lečeči zdravnik _____

Podpis: _____

Žig in datum: _____

S spoštovanjem!

Očesna ambulanta Ptuj

Dokumentacija za vodenje instrumentarskega protokola

Bolnikova nalepka

Datum : _____

Operacijska miza : _____

Ura prihoda bolnika : _____

Ura odhoda bolnika : _____

Operater : Cvetko, dr. med., spec. oftalmolog

1. asistent : _____

1. instrum. : _____

2. instrum. : _____

LEČA :

Nalepka

Opravljena operacija : PHEC + IOL posterior

Čistost bolnika : DA NE

Alergije : _____

Deformacije : _____

Drugo : _____

Vrsta anestezije : lokalna lokalna drugo _____
 kapljična Xylocain gel
 Xylocain gel retrobulbarna

Pristop k bolniku : temporalni temenski

Aparature : Phaco mikroskop Vitrectom

Pokrivanje : enkratna folija drugo

Priprava op. polja : _____

Izpiranje očesa : povidon jodiran 3,75% v NaCl 0,45%

Čiščenje op. polja : Braunoderm 0,1% chlorhexidini sol.

Dodano med op. : intraokularni Lydocain Viscoelastic Suprarenin
 razredčen Edicin 0,5% gentiana violet

Šivalni material : Nylon 10/0

Posebnosti med op. : _____

Podpis umite operacijske medicinske sestre : _____

Kontrola sterilnosti : brez posebnosti

posebnosti _____

Legenda : redno občasno



SPLOŠNA BOLNIŠNICA
dr. Jožeta Potrča PTUJ

Obrazec KIRURŠKI VARNOSTNI LIST, Verzija 1.0

Nalepka s podatki

KIRURŠKI VARNOSTNI LIST
(prirejeno po WHO)

PRED UVODOM V ANESTEZIJO (Koordinator anesteziist oz. anest.MS)		PRED KIRURŠKIM REZOM (Koordinator operacijska MS)		PREDEN PACIENT ZAPUSTI OP DVORANO (Koordinator operacijska MS)	
Identifita pacienta preverjena ustno*	DA NE	Vsi člani tima predstavljeni po imenu in funkciji	DA NE	Ali je bil opravljen predviden OP poseg	DA NE
Identifita pacienta preverjena z zapesnitico	DA NE				
Pisna privolitev na OP poseg	DA NE	Kirurg, anest. tim in operacijska MS ustno potrdi:		Ali je bil OP poseg spremenjen/razširjen	DA NE
Pisna privolitev za anestezijo	DA NE	identifeto pacienta	DA NE	Ali je OP poseg pravilno zapisan	DA NE
Vrsta in stran posega preverjena	DA NE	stran OP posega	DA NE	Šteje instrumentov in materiala	DA NE
Operativno področje označeno	DA NE	vrsto OP posega	DA NE	Rezultati štetja točni	DA NE
Anestetijski aparat in zdravila	DA NE	varno namestitev pacienta	DA NE	Tkivni vzorci odvzeti	DA NE
Pulzni oksimeter nameščen/deluje	DA NE	Kirurg predstavi pacienta in op. poseg	DA NE	Tkivni vzorci pravilno označeni	DA NE
Alergije pri pacientu prisotne	DA NE	Kirurg predstavi pričakovane kritične dogodke	DA NE	Prepoznavna slabo delujočih instrumentov in aparatov	DA NE
Pričakujemo težave pri intubaciji	DA NE	Anesteziolog predst. pacienta in nevarnost. dejav.	DA NE	Navodila glede pooperativne oskrbe pacienta:	
Dosegljiva dodatna oprema	DA NE	Umita operacijska medicinska sestra potrdi:		podana s strani kirurga	DA NE
Tveganje za aspiracijo	DA NE	sterilnost	DA NE	podana s strani anesteziologa	DA NE
Dosegljiva dodatna oprema	DA NE	preverjen in prešet instrumentarij	DA NE	Pacient bo premeščen v/na:	
Tveganje za veliko izgubo krvi	DA NE	preverjena material in oprema	DA NE	Obvestilo o premetitvi	DA NE
IV dostopi in tekočine načrtovani	DA NE	Antibiotska profilaksa v zadnjih 60 min	DA NE	Opombe:	
Opombe:		Prisotnost slikovne diagnostike	DA NE		
		Prisotnost vseh potrebnih izvidov	DA NE		
		Opombe:			
* po pojasnilni dolžnosti zdravnika					
Podpis koordinatorja:		Podpis koordinatorja:			

SPOŠTOVANI,

da bi čas po operaciji sive mreže čim lažje prebrodili in se s tem izognili nepotrebnim zapletom, Vas prosimo, da upoštevate naslednja navodila:

◆PRVI DAN PO PRIHODU DOMOV IMATE STROGO MIROVANJE-POČIVAJTE!

◆DVA TEDNA PO OPERACIJI V OPERIRANO OKO NE SME PRITI VODA (KOPANJE, TUŠIRANJE, UMIVANJE GLAVE...)

◆ŠTIRI TEDNE PO OPERACIJI NE SMETE OPRAVLJATI NEČISTEGA DELA (DELO NA VRTU, HLEVU, V PRAŠNIH IN UMAZANIH PROSTORIH,..)

◆DVA TEDNA PO OPERACIJI SE IZOGIBAJTE DVIGOVANJU TEŽJIH BREMEN IN PRIPOGIBANJU Z GLAVO NAVZDOL.

◆V OPERIRANO OKO DAJAJTE KAPLJICE PO NAVODILU ZDRAVNIKA. VEDNO S ČISTIMI ROKAMI!

◆OČESA SE NE DOTIKAJTE, OZ. GA NE MENCAJTE IN GA NE BRIŠITE Z ROBČKOM.