



KLINIČNA POT ZA HISTEROSKOPSKO STERILIZACIJO Z MIKROVLOŽKOM ESSURE

ANAMNEZA IN GINEKOLOŠKI PREGLED UPORABNICE

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Anamneza

Dosedanje bolezni: _____

Operacije: _____

Zdravila, ki jih trenutno jemlje: _____

Alergije: nikelj, kontrastno sredstvo, NSAID, ostalo

Ginekološka anamneza: M _____ P _____ Ab _____ ciklus _____

Trenutna KC: IUD OHKC, PKC ostalo

Morebitne kontraindikacije: prebolela vnetja rodil, zdravljena z antibiotiki ali operacijo,

kronične bolečine v mali medenici, GEU, ostale operacije na jajčnikih, jajcevodih,

konizacija, sedanje nepravilne krvavitve iz maternice, zadnja nosečnost zaključena pred manj kot 6 tedni,

stanje po ablaciji endometrija, stanje po abraziji maternice,

znane nepravilnosti maternice in jajcevodov (miomi, prirojene nepravilnosti),

terapija z imunomodulatornim zdravili (npr. kortikosteroidi).

Zadnji PAP _____ datum _____.

Zahtevek za sterilizacijo je odobrila komisija za prekinitev nosečnosti prve stopnje dne _____.

Pisno soglasje za postopek HSC sterilizacije podpisano dne _____.

Ginekološki pregled

Vulva _____ vagina _____ porcija _____

Uterus _____ parametriji, adneksi _____

POSTOPEK HISTEROSKOPSKE STERILIZACIJE Z ESSURE MIKROVLOŽKOM

Sprejem

Datum, ura sprejema: _____

Prvi dan zadnje menstruacije: _____

Urinski test na nosečnost: _____

Dobila sredstvo proti bolečinam: NSAID paracetamol drugo

Ženska je seznanjena s: trajnostjo sterilizacije, nujnostjo uporabe kontracepcije še 3 mesece po posegu,

minimalno možnostjo GEU v času 3 mesecev, možnostjo neuspešne vstavitve vložka

Poseg

Ura: začetek: _____ konec: _____

Uspešna vstavitev L D

Težave, posebnosti pri aplikaciji:

Zapleti: vazovagalna reakcija perforacija drugo

Število vidnih zavojev vložka: L _____ D _____

VAS med posegom _____, takoj po posegu: _____

Analgetik po posegu:

Potrebuje dodatno opazovanje: RR _____ P _____ SaO2 _____

Odpust:

Po posegu bo 3 mesece uporabljala naslednjo kontracepcijo _____

Dobi Rp

Dabila navodila po posegu in telefonsko številko, na katero se obrne ob morebitnih vprašanjih: **02 88 23 446**.

Stanje ženske ob odpustu: _____

Dogodki, ki odstopajo od klinične poti:

AMBULANTNI KONTROLNI PREGLED PO 3 MESECIH

Datum: _____

Anamneza

Kontracepcija zadnje 3 mesece: _____

ZM: _____

Bolečine v mali medenici, trajanje po posegu _____ dni.

Nepravilne krvavitve neposredno po posegu, trajanje _____ dni.

Druge težave: _____

Vaginalni UZ

Rtg male medenice:

Datum: _____

Izvid: zadovoljiv suspekten nezadovoljiv

potreben HSG

Izvid HSG:

Nadaljnje svetovanje:

potrebna dodatna kontracepcija _____

potrebni dodatni ukrepi _____

Zadovoljstvo s posegom:

zelo zadovoljna zadovoljna neopredeljena nezadovoljna zelo nezadovoljna

Poseg bi priporočila drugim ženskam.