

SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC
ODDELEK ZA SPLOŠNO IN ABDOMINALNO KIRURGIJO
ENODNEVNA BOLNIŠNICA

*KLINIČNA POT ZA
OPERACIJO DIMELJSKE KILE*

(ENODNEVNA OBRAVNAVA)

AMBULANTNI ZDRAVNIK	
OPERATER	
DATUM IN URA SPREJEMA	

nalepka sprejetega pacienta ali ime in priimek pacienta (datum rojstva) TEL. ŠT.: _____



Opombe medicinske sestre, ki pripravlja pacienta na operativni poseg	Podpis med. sestre

SPREJEM PACIENTA V OPERACIJSKO SOBO:

Opombe anestezijske ekipe	Podpis

MEDOPERATIVNO OBDOBJE:**DOKUMENT OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE**

OPERACIJSKA ENOTA <input type="radio"/> ENODNEVNA BOLNIŠNICA	<input type="radio"/> REDNA PROGRAMSKA OP. <input type="radio"/> URGENTNA V REDNEM PROGR.	ŠT. ZAPISNIKA: _____ DATUM: _____					
DIAGNOZA: _____ IZVEDEN OP. POSEG: _____	NALEPKA PACIENTA						
SPREJEM PACIENTA V OP SOBO: _____ ZAČETEK OP POSEGA (rez): _____ KONEC OP POSEGA: _____ ODDAJA PACIENTA: _____	OPERACIJSKA EKIPA: --OPERATER: _____ --I. ASISTENT: _____ --UMITA OPMS: _____ --NEUMITA OPMS: _____ --ANESTEZIOLOG _____ --MS PRI ANESTEZIJI _____ --STERŽNICA _____	POLOŽAJ PACIENTA: <input type="radio"/> HRBET <input type="radio"/> TREBUH <input type="radio"/> GINEKOLOŠKI <input type="radio"/> SEDE <input type="radio"/> OBRAČANJE _____ <input type="radio"/> DRUGO _____					
ANESTEZIJA: --SPLOŠNA --REGIONALNA --LOKALNA _____ --KOMBINIRANA	OCENA PACIENTOVE KOŽE: <input type="radio"/> NEPOŠKODOVANA <input type="radio"/> POŠKODOVANA (kje) _____ HIGIENSKA UREJENOST: - DA - NE	ODSTRANITEV DLAK IZ OP POLJA: <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> DA : -- V PRIPRAVLJALNICI -- V OP ENOTI -- BRITVICA -- EL. BRIVNIK					
APARATI: -MESTO NEGAT. ELEKTRO. _____ -KUTOR: -MONOPOLARNO -BIPOLARNO	URINSKI KATETER <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> VSTAVLJEN V OP. <input type="radio"/> CH: _____	PRIPRAVA OP POLJA <input type="radio"/> 5% STERILNO MILO <input type="radio"/> TINCT. DODESEPT <input type="radio"/> TINCT. PLIVASEPT <input type="radio"/> JODOVI PREPARATI	POKRIVANJE <input type="radio"/> TEKSTIL <input type="radio"/> SET ZA 1X UP. <input type="radio"/> STERI DRAPE <input type="radio"/> DRUGO	FIKSIRANJE PACIENTA <input type="radio"/> S PASOM <input type="radio"/> Z RJUHAMI <input type="radio"/> Z OPORAMI <input type="radio"/> DRUGO _____			
DRENAŽA <input type="radio"/> PROSTI ABD. DREN; ch.: _____ <input type="radio"/> REDON SUKCIJA _____ <input type="radio"/> DRUGO _____	BRISI <input type="radio"/> MESTO ODVZEMA _____ <input type="radio"/> ČAS ODVZEMA _____	PREPARATI <input type="radio"/> ZMRZLI REZ <input type="radio"/> HISTOLOGIJA <input type="radio"/> CITOLOGIJA					
MATERIAL ZA ŠTETJE	PRED OP	DODANO MED OP	PRED ZAPIR.	ŠIVALNI MATERIAL	KOLIČINA	MREŽICE (DRUGI VSADKI)	KOLIČINA
VELIKI TAMPONI							
MALI TAMPONI							
VELIKI ZLOŽENCI							
MALI ZLOŽENCI							
TREB. KOMPR.							
DRUGO							
MREŽE				UMITA OPMS: NEUMITA OPMS:			
OSKRBA RANE: <input type="radio"/> OBLIŽ <input type="radio"/> GAZA			PRENOS PACIENTA: <input type="radio"/> DVIG <input type="radio"/> POTEK <input type="radio"/> DRUGO _____			TRANSPORT V: <input type="radio"/> OSTANE V ENODNEVNI <input type="radio"/> ODDELEK	

**POSEBNOSTI IN PRIPOMBE:****OSEBJE:**

- UMITA OPMS: _____
- NEUMITA OPMS: _____

KONTROLA STERILNOSTI:

- PLAZMA STERILIZACIJA
- PARNA STERILIZACIJA

Ocena anesteziologa o stanju pacienta po op posegu:

Podpis anesteziologa

Ocena operaterja o stanju pacienta po op posegu:

Podpis operaterja

POOPERATIVNO OBDOBJE

Anesteziolog:		Anestezijska med. sestra:			
Operater:		Operacijska med. sestra:			
Med. sestra v enodnevni bolnišnici:					
STANJE ZAVESTI:	-zbujen	-orientiran	-dezorientiran	-somniačen	-zaspan
DIHANJE	-normalno	-globoko	-plitko		
VITALNE FUNKCIJE	-krvni pritisk:	ura:	-pulz:	ura:	
BARVA KOŽE	-normalna	-bleda, suha,	-cianotična		
OCENA PREVEZE NA RANI	-suha	-prekrvavljena			

Predpisana terapija po operativnem posegu:

Podpis zdravnika	Predpisano zdravilo	Podpis med. sestre v prebujevalnici

PRIHOD PACIENTA V BOLNIŠKO SOBO / ODDELEK (0 DAN)

Prezem pacienta iz operacijske sobe: datum: _____ ura: _____

podpis: _____

Oddelek: _____ Soba: _____

KLINIČNE MERITVE

URA	RR	PULZ	TEL. TEMP.	SpO ₂	PODPIS MS

Predpisana terapija po operativnem posegu:

Podpis zdravnika	Predpisano zdravilo (DOZA IN NAČIN)	Čas aplikacije	Podpis med. sestre v enodnevni bolnišnici:

OPAZOVANJE PACIENTA		PODPIS MED. SESTRE		
		DOP.	POP.	PONOČI
IZGLED KOŽE/SLUZNICE	-normalno -odstopanja _____ -ocena kože po op posegu na mestu negativne elektrode _____			
OPERATIVNA RANA	-opazovanje preveze op rane -opazovanje drenaže			
DIHANJE	-aplikacija O ₂ _____ l pretoka - vzpodbujanje globokega dihanja			
ŽILNI PRISTOP	-opazovanje vbodnega mesta: -normalno -vneto -infuzija v ml/24 h _____ -oskrba venske kanile po izteku infuzije _____			
PREVENTIVA FLEBOTROMBOZE	-antikoagulantna zaščita DA _____ NE -odstranitev el. povoja ali el. nogavic			
PREHRANJEVANJE IN PITJE	-prvi dve uri samo močimo usta v primeru splošne anestezije -kasneje voda po požirkih -v primeru regionalne anestezije zagotovimo vsaj 2 l tekočine -hrana:-regional. anest. _____ urah -splošna anest. _____ urah			
IZLOČANJE	-kontrola izločanja urina DA _____ NE -kontrola odvajanja blata DA _____ NE			
GIBANJE	-počitek v postelji -posedanje -po regionalni anesteziji premika noge ob : _____ uri -po splošni anesteziji po naročilu zdravnika -po prvem vstajanju ima spremstvo pri hoji			
OSEBNA HIGIENA	-pomoč -koža intaktna			
OCENA PAC. SAMOSKRBE	-samostojen -delna pomoč			

VODENJE BOLEČINE PO LESTVICI VAS:

URA OCENE							
STOPNJA BOLEČINE							
APLICIRAN ANALGETIK							
PODPIS MED. SESTRE							

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE NA OPERATIVNI DAN:

POROČILO:	PODPIS MED. SESTRE

ODPUST PACIENTA:**KLINIČNE MERITVE**

URA	RR	PULZ	TEL. TEMP.	SpO ₂	PODPIS MS

OPAZOVANJE PACIENTA OB ODPUSTU		PODPIS MED. SESTRE		
		DOP.	POP.	PONOČI
IZGLED KOŽE/SLUZNICE	-normalno -odstopanja _____			
OSEBNA HIGIENA	-koža intaktna			
OPERATIVNA RANA	-narejen prevez op rane DA _____ NE -opazovanje drenaže -odstranitev drena DA (količ.) _____ NE			
ŽILNI PRISTOP	-opazovanje vbodnega mesta DA _____ NE -odstranitev venske kanile DA _____ NE			
PREVENTIVA FLEBOTROMBOZE	-antikoagulantna zaščita DA _____ NE			
PREHRANJEVANJE IN PITJE	-posebej predpisana dieta DA _____ NE			
OCENA PAC. SAMOOSKRBE	-samostojen			
KOMUNIKACIJA	-priprava bolnika na odpust			
RAZGOVOR IN SVETOVANJE	-navodila za odvajanje blata -pisna in ustna navodila v zvezi z bolečino in opazovanjem operativne rane -pisna in ustna navodila za prehrano -pisna in ustna navodila s tel. temperaturo			
ODHOD DOMOV	-v spremstvu svojcev -rešilni avto -drugo			

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVNIKA OB ODPUSTU :

POROČILO:	PODPIS ODPUSTNEGA ZDRAVNIKA

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE OB ODPUSTU :

POROČILO:	PODPIS MED. SESTRE

NAVODILA:

- dobi recept za analgetik
- počitek
- navodila o prehrani in pitjem tekočine
- prevez čez dva dni pri splošnem zdravniku
- čez en teden odzvem šivov – če jih ima
- v primeru težav kontrola v naši ambulanti
- prva kontrola čez _____ tednov (datum: _____)

POROČILO MEDICINSKE SESTRE IZ BOLNIŠKEGA ODDDELKA

- ODKLONI: -- so bili prisotni
-- niso bili prisotni

RAZGOVOR MEDICINSKE SESTRE S PACIENTOM OB ODPUSTU DOMOV

Datum operativnega posega: _____
 Datum odpusta: _____
 Datum razgovora s pacientom: _____
 Razgovor vodila: _____
 Vrsta anestezije: -splošna -lokalna -subarahnoidalni blok

BOLEČINA:

1. Prisotnost bolečine ob odpustu:
- NE
 - DA
2. Ocena jakosti bolečine:
- BREZ BOLEČIN (VAS 0)
 - ZMerna bolečina (VAS 1-3)
 - HUDA BOLEČINA (VAS 4-10)

3. Pacient je vzel analgetik:
- NE
 - DA, kaj? _____
4. Bolečina je popustila:
- NE
 - DA
 - DELOMA
5. Ocenite jakost bolečine 24 ur po operaciji:
- BREZ BOLEČIN (VAS 0)
 - ZMERNNA BOLEČINA (VAS 1-3)
 - HUDA BOLEČINA (VAS 4-10)
6. Pacient je vzel analgetik:
- NE
 - DA, kaj? _____
7. Bolečina je popustila:
- NE
 - DA
 - DELOMA
- GLAVOBOL:**
8. Prisotnost glavobola po operativnem posegu:
- NE
 - DA
9. Kako ste ukrepali:
- ANALGETIK , kaj?
 - LEŽANJE
 - PITJE TEKOČINE
10. Glavobol je popustil:
- DA
 - NE
- SLABOST IN BRUHANJE:**
11. Ali vam je bilo ob odpustu iz bolnišnice slabo:
- NE
 - DA
12. Ste bruhal:
- NE
 - DA
13. Pacient pri izvajanju življenjskih aktivnosti (gibanje, osebna higiena, prehranjevanje, počitek,...) še potrebuje pomoč:
- NE
 - DA
14. Pacient ima težave pri odvajanju blata:
- NE
 - DA, kakšne? _____
15. Pacient ima težave z uriniranjem:
- NE
 - DA, kakšne? _____
16. Pacient je opazil prekrvavitev obveze rane:
- NE
 - DA, koliko? _____
17. Pacient je opazil spremembo v okolici rane:
- NE
 - DA, kakšno? _____
18. Pacient je seznanjen o obisku pri lečečem zdravniku 7-10 dan po operativnem posegu, da mu bodo po potrebi odstranili šive:
- NE
 - DA

