

*KLINIČNA POT**SAGB**(SWEDISH ADJUSTIBLE GASTRIC BAND – PRILAGODLJIV ŽELODČNI TRAK)*

Diagnoze: _____

AMBULANTNI ZDRAVNIK	
OPERATER	
DATUM IN URA SPREJEMA	

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

NAMEN KLINIČNE POTI:

- temeljito seznanjanje zdravstvenega osebja z zdravstvenim stanjem pacienta,
- dobra priprava pacienta na operativni poseg,

CILJI:

- optimalna obravnava pacienta v predoperativnem, operativnem in pooperativnem obdobju ter priprava pacienta na odpust in povrnitev v domače okolje,
- optimalna priprava pacienta na operativni poseg,
- kakovostno in varno opravljen operativni poseg z najmanjšim tveganjem za pacienta,
- čimprejšnje okrevanje,
- zadovoljen pacient in njegovi svojci,
- optimalizacija stroškov

POGOJI:

- priložena zdravniška mnenja in vsi izvidi,
- pacient je s posegom in možnimi zapleti seznanjen in na poseg pristane s podpisom soglasja za operativni poseg in anestezijo

ODGOVORNOST:

Za pravilno izvajanje in upoštevanje klinične poti smo odgovorni vsi člani tima, ki sodelujemo pri obravnavi pacienta.

PRVI PREGLED V SPECIALISTIČNI AMBULANTI

Datum pregleda: _____

Pregled/razgovor vodil: _____

Osnovne informacije:

- kaj pomeni debelost in njeni vplivi
- možne vrste oz. tehnike operativnega posega, ki so na voljo v ustanovi
- dosedanje metode operativnega posega
- običajno zdravljenje in protokol, ki sledi operaciji
- možni riziki in komplikacije med in po operativnem posegu
- atipični riziki in komplikacije, ki bi se izjemoma lahko zgodili
- možni ukrepi, ki sledijo operativnemu posegu
- nujno sodelovanje pacienta, kar pomeni samodisciplino, spremeniti prehrabene in življenjske navade
- naloge pacienta (ustrezna dieta, ponovni obiski oz. kontrole pri kirurgu, sprememba življenjskega stila)
- možen prenos operativnega posega v učne namene

Ali se zdravite še zaradi katere druge bolezni? DA NE
 Katere? _____

Ali redno uživate kakršnakoli zdravila? DA NE
 Katera? _____

Ali jemljete zdravila proti strjevanju krvi? DA NE
 Oglasite se pri svojem osebnem zdravniku, da vas bo pred operativnim posegom prevedel na ustrezno terapijo z injekcijami.

Ali jemljete Aspirin? DA NE
 Teden dni pred predvidenim operativnim posegom prenehajte z jemanjem Aspirina.

Ali ste bili do sedaj že operirani? DA NE
 Vrsta operacije: _____

Obiskati boste morali endokrinologa, da opravite potrebne preiskave (izdana napotnica) DA NE

Obiskati boste morali gastroenterologa, da opravite potrebne preiskave (izdana napotnica) DA NE

Obiskati boste morali psihologa (izdana napotnica) DA NE

Obiskati boste morali prehransko svetovalko (izdana napotnica) DA NE

Obiskati boste morali pulmologa oz. internista (izdana napotnica) DA NE
 - spirometrija

Obiskati boste morali rentgenologa (izdana napotnica) DA NE
 - ultrazvok trebuha
 - rentgen pljuč in srca

DRUGI PREGLED V SPECIALISTIČNI AMBULANTI

Datum pregleda: _____

Pregled/razgovor vodil: _____

Izvidi/mnenje endokrinologa	DA	NE
Izvidi/mnenje gastroenterologa	DA	NE
Izvidi/mnenje psihologa	DA	NE
Izvidi/mnenje prehranske svetovalke	DA	NE
Izvid pulmologa	DA	NE
Izvid rentgenologa	DA	NE

Na podlagi mnenja psihologa in vseh izvidov, se odločimo, za katero vrsto bariatrične operacije ste najbolj primerni. (SAGB, BYPASS, SLEEVE GASTERCTOMIA, BILIOPANCREATIC DIVERSION)

Določitev datuma za operativni poseg. Sprejem na oddelek en dan pred planiranim posegom.

Obiskati še boste morali svojega osebnega zdravnika, da opravite potrebne preiskave za operacijo. (laboratorijske preiskave krvi, EKG) DA NE

Obiskati še boste morali anesteziologa (izdana napotnica) DA NE
14 dni pred načrtovanim operativnim posegom s svežimi izvidi krvnih preiskav in EKG se naročite v preanesteziološki ambulanti.

SPREJEM V SPECIALISTIČNI AMBULANTI

Datum: _____

Sprejemni zdravnik: _____

Izvidi, ki so priloženi v dokumentaciji	DA	NE	Zdravilo	Količina	Aplikacija	Prinaša s sabo
laboratorijski izvidi krvi						
EKG						
izvid endokrinologa						
izvid gastrokopije						
izvid psihologa						
mnenje prehranske svetovalke						
izvid spirometrije						
ultrazvok trebuha						
rentgen pljuč in srca						
izvid anesteziologinje						
pisno soglasje k anesteziji						
pisno soglasje k operativnemu posegu						

Zaščita z nizkomolekularnim heparinom? DA NE

Ali ste alergični na kakšna zdravila ali lateks ali jod? DA NE

Podpis sprejemnega zdravnika: _____

**NEGOVALNA ANAMNEZA**

Čas sprejema na oddelek: _____ odsek: _____ soba št.: _____
 S sabo prinaša: -očala -leče -proteza -bergle -slušni aparat -drugo _____
 Komunikacija s pacientom poteka: -nemoteno -moteno (zakaj) _____
 Pacient je seznanjen: -s klinično potjo -s prostori na oddelku -s pravicami in dolžnostmi
 Pacient živi: -sam -v družini -drugo _____
 Ime in priimek svojcev, ter tel. št.: _____

OCENA STANJA PACIENTA OB SPREJEMU:**PREDOPERATIVNO OBDOBJE**

TELESNA TEŽA _____ kg	TELESNA VIŠINA _____ cm	ITM (BMI) _____
OSEBNA HIGIENA IN PRIPRAVA KOŽE NA OP. POSEG	-negovan -higiensko zanemarjen -tuširanje pred op posegom	-koža je intaktna -koža je poškodovana (kje) _____
PREHRANJEVANJE IN PITJE	-pacient je na dieti _____	-naročimo mu ustrezno dieto za pooperativno obdobje
IZLOČANJE IN ODVAJANJE	BLATO: -redno _____ -neredno _____ -pogostost _____ -odvajalna svečka _____ -zadnje odvajanje: _____	URIN: -brez težav _____ -težave _____ -pred odhodom v op, izprazni mehur _____ -urinski kateter DA NE -velikost _____
ČUTNO ZAZNAVANJE	SLUH: -normalen _____ -slabo sliši _____	VID: -normalen _____ -motnje vida _____
SPANJE	-normalno _____ -s pomočjo zdravil _____	-zagotavljanje pogojev za spanje
IZOGIBANJE NEVARNOSTIM V OKOLJU	-pred odhodom v op., odstrani nakit, ortopedske pripomočke, spodnje perilo, ličila, lak na nohtih	-spremstvo v op dvorano
MERJENJE VITALNIH FUNKCIJ	Krvni pritisk: _____ Pulz: _____	Telesna temperatura: _____
ŽILNI PRISTOP	-I.V. kanila DA NE Lokacija: _____	Velikost: _____
TERAPIJA	-ima svojo terapijo _____ -antikoagulantna terapija _____ -uspavalo _____ -infuzijska tekočina _____	
BOLEČINA	-seznanitev pacienta z vodenjem pooperativne bolečine in VAS	

Zdravnikova ocena stanja pacienta in posebna navodila	Podpis zdravnika

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

SPREJEM PACIENTA V OPERACIJSKI BLOK

Opombe anestezijske ekipe	Podpis

**DOKUMENT OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE**

OPERACIJSKA ENOTA <input type="radio"/> KIRURŠKA OP ENOTA <input type="radio"/> ENDOSKOPSKA OP ENOTA		<input type="radio"/> REDNA PROGRAMSKA OP. <input type="radio"/> URGENTNA V REDNEM PROGR. <input type="radio"/> DEŽURSTVO		ŠT. ZAPISNIKA: _____ DATUM: _____				
DIAGNOZA: _____			IZVEDEN OP. POSEG: _____			NALEPKA PACIENTA		
SPREJEM PACIENTA V OP BLOK: _____ ZAČETEK OP POSEGA (rez): _____ KONEC OP POSEGA: _____ ODDAJA PACIENTA: _____		OPERACIJSKA EKIPA: --OPERATER: _____ --I. ASISTENT: _____ --II. ASISTENT: _____ --UMITA OPMS: _____ --NEUMITA OPMS: _____		--ANESTEZIOLOG: _____ --MS PRI ANESTEZIJI: _____ --STREŽNICA: _____ --GOSTJE: _____				
ANESTEZIJA: --SPLOŠNA --DRUGO: _____		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: _____		OCENA PACIENTOVE KOŽE: <input type="radio"/> NEPOŠKODOVANA <input type="radio"/> POŠKODOVANA (kje) _____ HIGIENSKA UREJENOST: <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE		ODSTRANITEV DLAK IZ OP POLJA: <input type="radio"/> NE <input type="radio"/> DA : -- V PRIPRAVLJALNICI -- V OP ENOTI -- BRITVICA -- EL. BRIVNIK		
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 _____		
APARATI – MESTO NEGAT. ELEKTRODE <input type="radio"/> KUTOR:-MONOPOLARNO -BIPOLARNO <input type="radio"/> LIGASURE		<input type="radio"/> ULTRACISION <input type="radio"/> STOLP <input type="radio"/> ASPIRATOR; količ. v ml _____ <input type="radio"/> DRUGO _____		IZPIRANJE: - 0,9% Na Cl (količ. v ml) _____ - 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	STAPLERJI (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"/> POTEG <input type="radio"/> DRUGO _____		TRANSPORT V: <input type="radio"/> RECOVERY <input type="radio"/> INTENZIVNO ENOTO <input type="radio"/> ODDELEK				
POSEBNOSTI IN PRIPOMBE:								
OSEBJE: <input type="radio"/> UMITA OPMS: _____ <input type="radio"/> NEUMITA OPMS: _____				KONTROLA STERILNOSTI: <input type="radio"/> PLAZMA STERILIZACIJA <input type="radio"/> PARNA STERILIZACIJA				



Ocena anesteziologa o stanju pacienta po op posegu:	Podpis anesteziologa

Ocena operaterja o stanju pacienta po op posegu:	Podpis operaterja

PREBUJEVALNICA

Prevzem pacienta iz operacijskega bloka: datum: _____ ura: _____ podpis: _____

Anesteziolog:		Anestezijska med. sestra:			
Operater:		Operacijska med. sestra:			
Med. sestra v prebujevalnici:					
STANJE ZAVESTI:	-zbujen	-orientiran	-deorientiran	-sommolenten	-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 NA ODDELEK (0 DAN)

Prevzem pacienta iz prebujevalnice: 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 na oddelku

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 -kasneje voda po požirkih			
IZLOČANJE	-kontrola izločanja urina DA _____ NE -kontrola odvajanja blata DA _____ NE			
GIBANJE	-počitek v postelji -popoldan pomoč pri vstajanju DA _____ NE			
OSEBNA HIGIENA	-pomoč -ustna nega -koža intaktna			
SPANJE	-zagotovitev pogojev za spanje -uspavalo DA _____ NE			
OCENA PACIENTOVE SAMOOSKRBE	-samostojen -delna pomoč -popolna pomoč			

VODENJE BOLEČINE PO LESTVICI VAS:

URA OCENE						
STOPNJA BOLEČINE						
APLICIRAN ANALGETIK						
PODPIS MED. SESTRE						

		PODPIS FTH / MS		
		DOP.	POP.	PONOČI
GIBANJE PACIENTA	-počitek v postelji po operaciji _____ ur -vaje po protokolu -učenje posedanja in vstajanja -sedenje 15 min -hoja po hodniku ali sobi -ocena pacientovega stanja _____			

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE NA OPERATIVNI DAN:

POROČILO:	PODPIS MED. SESTRE

PRVI POOPERATIVNI DAN

Datum: _____ Podpis: _____
 Oddelek: _____ Soba: _____ -

TELESNA TEŽA ZJUTRAJ _____ kg	PODPIS MS _____
-------------------------------	-----------------

KLINIČNE MERITVE PRVI DAN PO OPERATIVNEM POSEGU

URA	RR	PULZ	TELESNA TEMP.	PODPIS MS

Predpisana terapija prvi dan po operativnem posegu:

Podpis zdravnika	Predpisano zdravilo (DOZA IN NAČIN)	Čas aplikacije	Podpis med. sestre na oddelku

NAROČENE PREISKAVE PRVI DAN PO OPERATIVNEM POSEGU:

VRSTA PREISKAVE	PODPIS ZDRAVNIKA	ČAS IZVEDBE	PODPIS MS

OPAZOVANJE PACIENTA PRVI DAN

		PODPIS MED. SESTRE		
		DOP.	POP.	PONOČI
IZGLED KOŽE/SLUZNICE	-normalno -odstopanja _____ -ocena kože po op posegu na mestu negativne elektrode _____			
OSEBNA HIGIENA	-jutranje umivanje -ustna nega -koža intaktna			
OPERATIVNA RANA	-opazovanje preveze op rane -narejen prevez op rane DA _____ NE -opazovanje drenaže -odstranitev drena DA (količ.) _____ NE			
DIHANJE	- vzpodbujanje globokega dihanja in odkašljevanja			

ŽILNI PRISTOP	-opazovanje vbodnega mesta -normalno -vneto -infuzija v ml/ 24 h _____ -oskrba vbodnega mesta po izteku infuzije _____			
PREVENTIVA FLEBOTROMBOZE	-antikoagulantna zaščita DA _____ NE			
PREHRANJEVANJE IN PITJE	-kasneje voda po požirkih -posebej predpisana dieta (pasirana, zmiksana hrana)			
IZLOČANJE	-kontrola izločanja urina DA _____ NE -kontrola odvajanja blata DA _____ NE			
GIBANJE	-pomoč pri vstajanju DA _____ NE -spodbujanje hoje			
SPANJE	-zagotovitev pogojev za spanje -uspavalo DA _____ NE			
OCENA PACIENTOVE SAMOOSKRBE	-samostojen -delna pomoč -popolna pomoč			

VODENJE BOLEČINE PO LESTVICI VAS:

URA OCENE						
STOPNJA BOLEČINE						
APLICIRAN ANALGETIK						
PODPIS MED. SESTRE						

		PODPIS FTH / MS		
		DOP.	POP.	PONOČI
GIBANJE PACIENTA	-vaje po protokolu -učenje posedanja in vstajanja -sedenje 30 min -hoja po hodniku ali sobi – najmanj 4 x -ocena pacientovega stanja _____ _____ _____			

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE PRVI DAN PO OPERATIVNEM POSEGU:

POROČILO:	PODPIS MED. SESTRE

**DRUGI POOPERATIVNI DAN**

Datum: _____ Podpis: _____
 Oddelek: _____ Soba: _____ -

TELESNA TEŽA ZJUTRAJ _____ kg	PODPIS MS _____
-------------------------------	-----------------

KLINIČNE MERITVE DRUGI DAN PO OPERATIVNEM POSEGU

URA	RR	PULZ	TELESNA TEMP.	PODPIS MS

Predpisana terapija drugi dan po operativnem posegu:

Podpis zdravnika	Predpisano zdravilo (DOZA IN NAČIN)	Čas aplikacije	Podpis med. sestre na oddelku

NAROČENE PREISKAVE DRUGI DAN PO OPERATIVNEM POSEGU:

VRSTA PREISKAVE	PODPIS ZDRAVNIKA	ČAS IZVEDBE	PODPIS MS

OPAZOVANJE PACIENTA DRUGI DAN		PODPIS MED. SESTRE		
		DOP.	POP.	PONOČI
IZGLED KOŽE/SLUZNICE	-normalno -odstopanja _____			
ABDOMEN	-neboleč -normalen	-občutljiv -meteorizem	-boleč -uleknjen	
OSEBNA HIGIENA	-jutranje umivanje -ustna nega -koža intaktna			
OPERATIVNA RANA	-opazovanje preveze op rane -narejen prevez op rane DA _____ NE -opazovanje drenaže -odstranitev drena DA (količ.) _____ NE			
DIHANJE	- vzpodbujanje globokega dihanja in odkašljevanja			
ŽILNI PRISTOP	-opazovanje vbodnega mesta -normalno -vneto -oskrba vbodnega mesta po izteku infuzije _____			
PREVENTIVA FLEBOTROMBOZE	-antikoagulantna zaščita DA _____ NE			
PREHRANJEVANJE IN PITJE	-voda po požirkih -posebej predpisana dieta (zmiksana)			
IZLOČANJE	-kontrola izločanja urina DA _____ NE -kontrola odvajanja blata DA _____ NE			
GIBANJE	-pomoč pri vstajanju DA _____ NE -spodbujanje hoje			
SPANJE	-zagotovitev pogojev za spanje -uspavalo DA _____ NE			
OCENA PACIENTOVE SAMOOSKRBE	-samostojen -delna pomoč -popolna pomoč			

**VODENJE BOLEČINE PO LESTVICI VAS:**

URA OCENE							
STOPNJA BOLEČINE							
APLICIRAN ANALGETIK							
PODPIS MED. SESTRE							

		PODPIS FTH / MS		
		DOP.	POP.	PONOČI
GIBANJE PACIENTA	-vaje po protokolu -sedenje 30 min -hoja po hodniku -hoja po stopnicah -ocena pacientovega stanja _____ _____ _____			

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVSTVENE NEGE DRUGI DAN PO OPERATIVNEM POSEGU:

POROČILO:	PODPIS MED. SESTRE

ODPUSTNI DAN: _____ **DAN**

Datum: _____ Podpis: _____

Oddelek: _____ Soba: _____ -

TELESNA TEŽA ZJUTRAJ _____ kg	PODPIS MS _____
-------------------------------	-----------------

KLINIČNE MERITVE OB ODPUSTU

URA	RR	PULZ	TELESNA TEMP.	PODPIS MS

Predpisana terapija ob odpustu

Podpis zdravnika	Predpisano zdravilo (DOZA IN NAČIN)	Čas aplikacije	Podpis med. sestre na oddelku

NAROČENE PREISKAVE OB ODPUSTU:

VRSTA PREISKAVE	PODPIS ZDRAVNIKA	ČAS IZVEDBE	PODPIS MS

OPAZOVANJE PACIENTA OB ODPUSTU		PODPIS MED. SESTRE		
		DOP.	POP.	PONOČI
IZGLED KOŽE/SLUZNICE	-normalno -odstopanja _____			
OSEBNA HIGIENA	-ustna nega -koža intaktna			
OPERATIVNA RANA	-narejen prevez op rane DA _____ NE -opazovanje drenaže -odstranitev drena DA (količ.) _____ NE			
ŽILNI PRISTOP	-oskrba vbodnega mesta DA _____ NE			
PREVENTIVA FLEBOTROMBOZE	-antikoagulantna zaščita DA _____ NE			
PREHRANJEVANJE IN PITJE	-posebej predpisana dieta			
OCENA PACIENTOVE SAMOOSKRBE	-samostojen -delna pomoč -popolna pomoč			
KOMUNIKACIJA	-priprava pacienta 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			
ODHOD DOMOV	-v spremstvu svojcev -rešilni avto -drugo			

POROČILO/VREDNOTENJE ZDRAVNIKA OB ODPUSTU :

POROČILO:	PODPIS ODPUSTNEGA ZDRAVNIKA

POROČILO/VREDNOTENJE FIZIOTERAPEVTA OB ODPUSTU :

POROČILO:	PODPIS FTH

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 odvzem šivov – če jih ima
- v primeru težav kontrola v naši ambulanti
- prva kontrola in polnjenje traku čez 6 tednov (**datum:** _____)
- vsak zadnji delovni torek v mesecu imamo tudi klub operiranih zaradi morbidne debelosti; priporočen obisk

POROČILO MEDICINSKE SESTRE IZ BOLNIŠKEGA ODDELKA

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

RAZGOVOR MEDICINSKE SESTRE S PACIENTOM OPB ODPUSTU DOMOV

Datum operativnega posega: _____
Datum odpusta: _____
Datum razgovora s pacientom: _____
Razgovor vodila: _____

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

5. Pacient pri izvajanju življenjskih aktivnosti (gibanje, osebna higiena, prehranjevanje, počitek,...) še potrebuje pomoč:

- NE
- DA

6. Pacient ima težave pri odvajanju blata:

- NE
- DA, kakšne? _____

7. Pacient ima težave z uriniranjem:

- NE
- DA, kakšne? _____

8. Pacient je opazil prekrvavitev obveze rane:

- NE
- DA, koliko? _____

9. Pacient je opazil spremembo v okolici rane:

- NE
- DA, kakšno? _____

10. Pacient je seznanjen o obisku pri lečečem zdravniku 7-10 dan po operativnem posegu, da mu bodo po potrebi odstranili šive:

- NE
- DA

11. Pacient je seznanjen, da bo po pošti prejel odpustno pismo, v katerem bo napisan datum in ura kontrolnega pregleda, če bo to potrebno:

- NE
- DA

12. Pacient ob odpustu dobi vsa potrebna pisna in ustna navodila:

- NE
- DA

13. Za dodatne informacije v procesu zdravljenja in rehabilitacije, naj pacient pokliče na telefonsko številko:

14. Pacientove pripombe oz. vprašanja:

Podpis medicinske sestre: _____

ZAPIS ODKLONOV, POSEBNIH DOGODKOV IN STANJ

URA	ZAPIS	ŠIFRA	PODPIS

Avtorji: **BRANE BREZNIKAR, dr. med.**
ANDREJA KUŠTER, dipl. m. s.