

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec  
Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo  
Gospodsvetska c. 1  
2380 SLOVENJ GRADEC

## *Klinična pot za operacijo krčnih žil*

|               |  |
|---------------|--|
| AMB. ZDRAVNIK |  |
| OPERATER      |  |

Prostor za nalepko

.....  
(ime in priimek bolnika)

**PREDOPERATIVNO OBDOBJE**

NEGOVALNA ANAMNEZA:

- \* Doma je vzel/a zdravila:  da (katera? \_\_\_\_\_)  ne  ne jemlje zdravil
- \* S sabo prinaša:  zadnji izvidi iz ambulante OSAK  
 laboratorijske izvide  
 izvid rtg P/C  
 EKG  
 podpisano soglasje za operacijo  
 podpisano soglasje za anestezijo s preanesteziološkim pregledom (v primeru, da bo potrebna splošna ali reg. anestezija)
- \* Bolnik je prehlajen:  da  ne
- \* Pri bolniku je znana alergija na \_\_\_\_\_
- \* Bolnik se je doma stuširal:  da  ne
- \* S seboj je prinesel :  haljo  copate  pižamo
- \* Komunikacija z bolnikom poteka:  nemoteno  moteno (navedite, zakaj \_\_\_\_\_)
- \* Bolnik prinaša s seboj naslednje pripomočke:  
 očala  leče  zg. zob. proteza  sp. zob. proteza  bergle

.....  
(Podpis MS /ZT)

|                                      |                                                                                                                                                                       |                     |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>Komunikacija</b>                  | <input type="checkbox"/> bolnik je seznanjen<br>- s klinično potjo<br>- s prostori na oddelku<br>- s pravicami in dolžnostmi                                          | Podpis MS /ZT       |
| <b>Osebna higiena in oblačenje</b>   | <input type="checkbox"/> preoblačenje v bolniško osebno perilo                                                                                                        |                     |
| <b>Klinične meritve</b>              | Ura FR RR TC° Tteža Tviš.                                                                                                                                             |                     |
| <b>Dodatni pregled anesteziologa</b> | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne<br>Ocena izvidov: _____<br>_____                                                                              | Podp. anesteziologa |
| <b>Dodatni pregled operaterja</b>    | <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne<br>Ocena izvidov: _____                                                                                       | Podpis operaterja   |
| <b>Žilni pristop</b>                 | i.v. kanila: ura:.....<br>lokacija.....velikost.....                                                                                                                  |                     |
| <b>Terapija</b>                      | <input type="checkbox"/> aplikacija inf. tekočine <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne<br><input type="checkbox"/> premedikacija .....             |                     |
| <b>Prehranjevanje in pitje</b>       | <input type="checkbox"/> dieta<br><input type="checkbox"/> naročilo hrane za pooperativno obdobje<br><input type="checkbox"/> bolnik je tešč                          |                     |
| <b>Izogibanje nevarnostim</b>        | <input type="checkbox"/> odstranitev nakita<br><input type="checkbox"/> odstranitev ortodontskih pripomočkov<br><input type="checkbox"/> spremstvo bolnika v op. sobo |                     |
| <b>Izločanje</b>                     | <input type="checkbox"/> izpraznitev mehurja pred odhodom v operacijsko sobo                                                                                          |                     |

## MEDOPERATIVNO OBDOBJE

Čas prihoda v operacijsko sobo:..... Čas odhoda iz operacijske sobe:.....

Namestitev nevtralne elektrode kutorja:  nadlaket  pod zadnjico  stegno

Ocena stanja kože na operativnem polju:  intaktna  poškodovana

Način fiksacije bolnika:  roka  noga  trup

### Priprava operacijskega polja:

Mokro odstranjevanje dlak  ne  da, lokacija.....

Umivanje operacijskega polja s sterilno raztopino.....

Razkuževanje operacijskega polja z .....

Pokrivanje op. polja z:  platno  material za enkratno uporabo

Kontrola sterilnosti: Termalog:.....

Oskrba op. rane:  zloženci  poliuretanski obliž

Podpis I. instrumentarke:..... Podpis II. instrumentarke (ali MS).....

Posebna opažanja MS v anesteziji:.....

.....

Prehodnost žilne poti.....

Podpis MS v anesteziji:.....

---

Vrsta anestezije:  regionalna  lokalna  kombinirana  splošna

Sedacija:  ne  da, kaj.....

Anestezijski list priložen:  ne  da

Količina lokalnega anestetika (ml): Xylocain 1%.....Xylocain 2%.....drugo.....

Lokacija varic :.....levo.....desno.....obojestransko

Tip krčnih žil po CEAP klasifikaciji : 0 (ni vidnih ali tipljivih znakov venske bolezni) 1 (teleangiektazije ali retikularne vene)  2 (krčne žile ali varice)  3 (oteklina)  4 (kožne spremembe v smislu hiperpigmentacij, dermatitisa, lipodermatoskleroze)  5 (kožne spremembe, opisane v razredu 4 in zaceljene venske razjede)  6 (zgoraj omenjene kožne spremembe in aktivna venska razjeda)

Tip operacije:  striping VSM..... striping VSP..... varicektomija.....  
podvezava perforantnih ven.....

Parenteralni analgetik:  ne  da, kaj.....

Ocena analgezije:  zelo dobra..... dobra..... slaba.....

Zaznamki zdravnika operaterja:.....

.....

Podpis zdravnika:.....



## POOPERATIVNO OBDOBJE

Terapija v pooperativnem obdobju:

.....  
.....  
.....

Podpis zdravnika:.....

Prihod bolnika v bolniško sobo ob.....uri.

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Opazovanje bolnika</b>      | ↑ merjenje RR in pulza ob prihodu iz operacijske sobe in pred odpustom<br>↑ opazovanje dihanja<br>↑ opazovanje preveze op. rane                                                                                                                                                                         | Podpis MS/ZT |
| <b>Žilni pristop</b>           | ↑ po izteku predpisane infuzijske tekočine, vensko kanilo z obturatorjem zapreti do odpusta bolnika                                                                                                                                                                                                     |              |
| <b>Terapija</b>                | ↑ bolnik vzame redno terapijo<br>↑ ostala terapija po naročilu zdravnika                                                                                                                                                                                                                                |              |
| <b>Izogibanje nevarnostim</b>  | ↑ namestitvev klicne naprave v dosegu rok                                                                                                                                                                                                                                                               |              |
| <b>Prehranjevanje in pitje</b> | ↑ v primeru splošne anestezije bolniku 2 uri močimo usta. Če ni slabosti, ni omejitev pri pitju<br>↑ v primeru regionalne anestezije zagotovimo vsaj 2 litra tekočine v dosegu rok in ga spodbujamo k pitju<br>↑ hrano dobi:<br>- regionalna anestezija: v.....urah<br>- splošna anestezija: v.....urah |              |
| <b>Izločanje</b>               | ↑ kontrola uriniranja<br>↑ prvo uriniranje ob.....uri                                                                                                                                                                                                                                                   |              |
| <b>Gibanje</b>                 | ↑ posedanje<br>↑ po regionalni anesteziji premika noge ob.....uri<br>↑ po regionalni anesteziji vstane ob.....uri<br>↑ po splošni anesteziji po naročilu zdravnika<br>↑ po prvem vstajanju ima spremstvo pri hoji                                                                                       |              |
| <b>Operativna rana</b>         | ↑ odpustni zdravnik pregleda prevezo op. rane                                                                                                                                                                                                                                                           |              |

## VODENJE BOLEČINE PO LESTVICI VAS

|                     |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| Ura ocene           |  |  |  |  |  |
| Stopnja bolečine    |  |  |  |  |  |
| Apliciran analgetik |  |  |  |  |  |
| Podpis MS/ZT        |  |  |  |  |  |



**ANKETA IN POGOVOR Z BOLNIKOM, KI JE BIL OPERIRAN V DNEVNI  
BOLNIŠNICI**

Datum operacije:.....

Datum ankete: .....

Diagnoza:

Vrsta anestezije: splošna

subarahnoidalni blok

lokalna

1. BOLEČINA

Prosim, če ocenite jakost bolečine po odpustu z dnevnega oddelka oz. po prihodu domov!

BLAGA (VAS 0-3)

ZMERNNA (VAS 4-6)

HUDA(VAS 7-10)

Ali ste vzeli zdravila proti bolečini?

DA (katera)

NE

Ali so bila zdravila učinkovita?

DA

NE

DELOMA

Prosim, če ocenite jakost bolečine 24 ur po operaciji!

BLAGA (VAS 0-3)

ZMERNNA (VAS 4-6)

HUDA(VAS 7-10)

Ali ste vzeli zdravila proti bolečini?

DA (katera)

NE

Ali so bila zdravila učinkovita?

DA

NE

DELOMA

2. GLAVOBOL

Ali ste imeli po operaciji v dnevni bolnišnici glavobol? DA

NE

Kako ste ukrepali? ZDRAVILO LEŽANJE

PITJE TEKOČINE

Ali je glavobol po navedenih ukrepih minil?

DA

NE

3. SLABOST IN BRUHANJE

Ali Vam je bilo ob odpustu iz dnevne bolnišnice slabo ali Vam je šlo na bruhanje?

DA

NE

Ali ste bruhal?

DA

NE

4. PREKRVAVITEV PREVEZE RANE IN HEMATOM

Ali je prišlo do prekrvavitve preveze na rani? DA (koliko)

NE

Ali ste opazili spremembo barve kože okoli rane? DA (koliko)

NE

5. OTEKLINA

Ali ste opazili oteklino v predelu rane?

DA (koliko)

NE

6. VAŠE PRIPOMBE ALI VPRAŠANJA

