

**KLINIČNA POT UMCG/MCG**  
**(izpolni zdravnik nefrolog)**

Nalepka pacienta

**INDIKACIJE ZA PREISKAVO**

- UMCG po 1.akutni okužbi zgornjih sečil pri enem od dejavnikov tveganja:**
  - dilatacija votlega sistema ledvic,
  - ledvične brazgotine,
  - okužba sečil z **NE-E.coli** bakterijami\* (hudo bolan otrok, moten odtok urina, masa v trebuhu, povišana koncentracija serumskega kreatinina, septikemija, neodgovor na zdravljenje z ustreznim antibiotikom v 48-urah),
  - pozitivna družinska anamneza na VUR.,
  
- UMCG po ponavljajočih okužbah sečil:**
  - 2 ali več okužbi zgornjih sečil ali
  - 1 okužba zgornjih sečil in 1 ali več okužb spodnjih sečil ali
  - 3 ali več okužbe spodnjih sečil tudi ob normalnem UZ sečil.
  
- MCG namesto UMCG pri patološkem UZ spodnjih sečil in /ali anamnezi o nenormalnem uriniranju:**
  - klinična slika motenega odtoka urina na nivoju sečnice,
  - klinična slika nevrogenega mehurja.

**Zdravnik, ki je preiskavo naročil** \_\_\_\_\_

**Datum napotitve v RIS-u** \_\_\_\_\_

**Datum in ura preiskave (vabi oddelek za radiologijo)** \_\_\_\_\_

**SPREJEM NA ODDELEK**(enodnevni hospital)

Datum in ura: \_\_\_\_\_

IZPOLNI SESTRA	VREDNOST	inicialke
TT		
TV		
Tel.temp.		
Spo2, Pulz		
RR		

IZPOLNI SPREJEMNA SESTRA	DA	NE	inicialke
1. Prebrana KZZ pacienta in narejen enodnevni hospital			
2. Pripravljena dokumentacija			
<b>IZPOLNI SPREJEMNI ZDRAVNIK</b>			
3. Urin/urikult/sanford b.p.			
4. Zaščita z antibiotikom			
5. Alergije			
6. Akutni respiratorni infekt			
7. Akutni gastroenterocolitis			
8. Adhezije prepucija, labij, fimozis prepucija			
<b>9. Pacient primeren za preiskavo</b>			

Če je pod točko 9. označen DA-pacient nadaljuje klinično pot.

Če je pod točko 9. označen NE-se klinična pot KONČA, kliči na RTG, kjer bodo ponovno vabili pacienta na preiskavo.

IZPOLNI SESTRA	DA	NE	inicialke
10. Transport MS/ZT na oddelek za radiologijo			
11. Narejene negovalne aktivnosti			
12. Odpust pacienta po 4 urah			
13. Izvid vložen v dokumentacijo			
<b>IZPOLNI ZDRAVNIK NEFROLOG</b>			
14. Izvid komentiran			
15. Kontrola v nefrološki ambulanti čez 3 mesece			
16. Vnesen v čakalno vrsto AP11 ( <b>uredi sestra</b> )			

Datum in podpis zdravnika nefrologa \_\_\_\_\_