

644269
PAPIR 100g

PODATKI PACIENTA	
klinika, oddelek	_____
ime in priimek	_____
datum in kraj rojstva	_____
identifikacijska številka (št. zzzs)	_____
prebivališče	_____

PRIPRAVA BOLNIKA NA PLANIRAN OPERATIVNI POSEG

Diagnoza: _____

PSIHIČNA PRIPRAVA BOLNIKA:

- Z BOLNIKOM JE MOŽNA KOMUNIKACIJA DA NE _____
- JE SEZNANJEN Z OP POSEGOM DA NE _____
- JE SEZNANJEN Z ANESTEZIJO DA NE _____
- JE DOBIL PREMEDIKACIJO DA NE _____
- POSEBNOSTI BOLNIKA (nemiren, ima bolečine, posebni položaj,...)

FIZIČNA PRIPRAVA BOLNIKA:

- BOLNIK JE HIGIENSKO UREJEN
- IMA ZAPESTNICO S PODATKI
- PROTEZA: zobna _____ očesna _____ ostalo _____
- IMA UVEDENO:

I.V. kanilo	DA _____	NE
želodčno sondo	DA _____	NE
urinski kateter	DA _____	NE
drene	DA _____	NE
ostalo	_____	

- UPOŠTEVANE SO POSEBNOSTI PREDOPERATIVNE PRIPRAVE DA NE
- MESTO IN STRAN OPERATIVNEGA POLJA JE OZNAČENO DA NE

UREJENOST BOLNIŠKE POSTELJE (higienska držala za urinske vrečke) DA NE

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA:

anestezijski list	DA	NE
napotnica	DA	NE
krvna grupa	DA	NE
soglasje za anestezijo in transfuzijo krvi	DA	NE
temperaturni list	DA	NE
druga naročena dokumentacija	DA	NE

Med. sestra, ki je prevzela: _____ predala bolnika: _____ ob uri: _____

Podpis: _____ Podpis: _____ ob uri: _____

Rezervna protimikrobna zdravila lahko predpisuje infektolog, intenzivist v OIIM, PIT, pediater intenzivist in hematolog, lečeči zdravnik le po konzultaciji z infektologom.

Podatki o bolniku

telesna teža _____ telesna višina _____

NALEPKA

diagnoza bolezni _____

okvare ledvic kreatinin v serumu _____

okvara jeter febrilna nevtropenija

predhodno antibiotično zdravljenje DA NE

kateri antibiotiki _____

alergija na antibiotike: penicilini cefalosporini kinoloni tetraciklini drug

Rezervna protimikrobna zdravila se lahko predpisujejo za časovno obdobje

izkustveno zdravljenje do 5 dni usmerjeno zdravljenje do 7 dni kirurška

Za nadaljevanje zdravljenja je potrebna ponovna konzultacija infektologa.

Pričetek zdravljenja z rezervnim protimikrobnim zdravilom datum _____

Ob premestitvi bolnika na drugi oddelek se prenesejo tudi preostali odmerki že predpisanega rezer

IZPOLNI ZDRAVNIK

Lista protimikrobnih zdravil Ime protimikrobnega zdravila Naročeni antibiotik	FDA kat. v noseč- nosti	Odmerek (mg) način dajanja iv., im., bolus, infuzija, tab	Število odmerkov dnevno
---	----------------------------------	--	-------------------------------

AMFOTERICIN B deoksiholat (FUNGIZONE)	B		
---------------------------------------	---	--	--

AMFOTERICIN B LIPOSOM (AMBISOME)	B		
----------------------------------	---	--	--

AMFOTERICIN B LIPIDNI KOMPLEKS (AMPHOCIL)	B		
---	---	--	--

AMIKACIN (AMIKIN)	D		
-------------------	---	--	--

ANIDULAFUNGIN (ECALTA)	C		
------------------------	---	--	--

CASPOFUNGIN (CANCIDAS)	C		
------------------------	---	--	--

CEFTAZIDIM (FORTUM)	B		
---------------------	---	--	--

CEFEPIM (MAXIPIME)	B		
--------------------	---	--	--

DAPTOMICIN (CUBICIN)	B		
----------------------	---	--	--

DORIPENEM (DORIBAX)	B		
---------------------	---	--	--

ERTAPENEM (INVANZ)	B		
--------------------	---	--	--

GANCIKLOVIR (CYMEVENE)	C		
------------------------	---	--	--

IMIPENEM CILASTATIN (CONET)	C		
-----------------------------	---	--	--

KLORAMFENIKOL (KEMICITINE)	C		
----------------------------	---	--	--

KOLISTIN (COLISTIN)	C		
---------------------	---	--	--

LINEZOLID (ZYVOXID)	C		
---------------------	---	--	--

MEROPENEM (MERONEM)	B		
---------------------	---	--	--

PIPERACILIN/TAZOBAKTAM (TAZOCIN)	B		
----------------------------------	---	--	--

POSACONAZOL (NOXAFIL)	C		
-----------------------	---	--	--

TEIKOPLANIN (TARGOCID)	C		
------------------------	---	--	--

TIGECIKLIN (TYGACIL)	D		
----------------------	---	--	--

TOBRAMICIN (NEBCIN)	D		
---------------------	---	--	--

VANKOMICIN (EDICIN)	C		
---------------------	---	--	--

VORIKONAZOL (VFEND)	D		
---------------------	---	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

105410
- 2 LISTA SKUPAJ
- NCD
= BAZUMI TISK

ZDRAVILO PREDPISAL LEČEČI ZDRAVNIK PO KONZULTACIJI Z INFEKTOLOGOM

ime in priimek _____ datum/čas predpisa _____ podpis

INFEKTOLOG INTEZIVIST HEMATOLOG

ime in priimek _____ datum/čas predpisa _____ podpis

pisno priporočilo _____ telefonsko priporočilo _____

ZDRAVILO IZDAL FARMACEVT PRILOGA

ime in priimek _____ datum in čas izdaje _____ podpis