

ODDELEK ZA PLASTIČNO IN REKONSTRUKCIJSKO KIRURGIJO TER OPEKLINE

KLINIČNA POT OPERACIJA DUPUYTRENOVE KONTRAKTURE

Pripravila: Nataša Kukovec, zt

Dnevna
obravnavna

Nalepka pacienta

alergija

Zdravnik v ambulanti: _____

Zdravnik operator: _____

Datum in ura sprejema: _____

RAZGOVOR S PACIENTOM DO 7 DNI PRED POSEGOM Datum: _____

KONTAKTNA ŠTEVILKA PACIENTA:

KONTAKTNA ŠTEVILKA SVOJCA:

Preverimo:

- veljavnost napotnice za sprejem: **DA** **NE**, opozorimo, da potrebuje novo
- ali je prejel vso dokumentacijo in navodila: **DA** **NE**, pošljemo po pošti in damo navodila
- seznanjenost s potekom operativnega posega: **DA** **NE**, obrazložimo
- če se je pacient dogovoril z osebo, ki ga bo odpeljala domov **DA** **NE**, damo navodila
- Ali ima pacient katero kronično bolezen? **NE** **DA** katero: _____

Opozorila pacientu, da:

- se v primeru, če jemlje zdravila proti strjevanju krvi mora posvetovati o morebitni zamenjavi antikoagulantne terapije v obliki tablet z injekcijami vsaj 5 do 7 dni pred operacijo.
NE, ne prejema **DA**
- v primeru rednega prejemanja Aspirina, 5 – 7 dni pred operacijo mora pričeti z nadomestno terapijo oziroma se posvetovati z zdravnikom, ki mu ga je predpisal, kako naj postopa do operacije.
NE, ne prejema **DA**
- pri osebni zdravniku opravi preiskave, ki jih potrebuje za izvedbo posega
NE, jih ne potrebuje **DA**
- nas opozori o morebitnih spremembah na predelu kože, kjer bo potekal operativni rez.
NE **DA**
- s seboj prinese vso dokumentacijo o morebitnih drugih obolenjih
NE **DA**
- zjutraj pred odhodom v bolnišnico vzame svojo redno terapijo in prinese zdravila s seboj (zdravilo zaužije z malo vode).
NE, ne prejema nobenih zdravil **DA**
- v primeru sladkorne bolezni in prejemanja redne terapije, je na dan operacije ne vzame!
NE, nima tega obolenja **DA**

- ☐ Na dan sprejema pride zjutraj na oddelek ob 8 uri, javi se v PISARNI ZA SPREJEM (4.etaža v stolpnici).
- ☐ S seboj prinese izpolnjeno vso dokumentacijo, ki jo je prejel, zdravila, copate in upošteva navodila, ki jih je prejel z ustrezno zloženko.
- ☐ V primeru pojava novo nastalega obolenja (prehlad, povišana telesna temperatura, ...) obvesti osebje na oddelku-**02/321-14-62**

Za dodatne informacije in pomoč nas lahko pokliče na izpisane številke.

Parafa KZO: _____

PREDOPERATIVNO OBDOBJE

- Pacient prinaša s seboj naslednje izvide:
- zadnje izvide specialističnih ambulant
- EKG
- RTG PC
- Laboratorijske izvide
- Podpisano soglasje za poseg in zdravljenje
- Podpisano soglasje za anestezijo

Pacient ima s seboj svojo redno terapijo:

Pacient je doma vzel terapijo:

NE DA in sicer _____

Komunikacija s pacientom poteka:

- nemoteno
- moteno, ker _____

S seboj prinaša:

- haljo
- pižamo
- copate
- drugo

Ortopedski/ortodontski pripomočki, ki jih ima s seboj:

- očala
- leče
- spodnja proteza
- zgornja proteza
- bergele
- slušni aparat
- invalidski voziček

Pacient dovoli prisotnost drugih oseb: DA
NE

Parafa KZO: _____

	Parafa izvajalca ZN						
Komunikacija	Pacient je seznanjen: • S klinično potjo • S prostori na oddelku • S pravicami in dolžnostmi • Z načini lajšanja bolečine po operaciji						
Klinične meritve	Ura	FP/min	RR	TT/°C	FD/min	TT/kg	TV/cm
Osebna higiena in stanje kože ter sluznic, oblačenje	• Koža, sluznica je intaktna • Koža, sluznica je poškodovana: _____ • Preoblačenje v bolniško perilo						
Pregled anesteziologa/ Dodatne preiskave/ Terapija	☐ NE ☐ DA Dodatne preiskave: _____ Premedikacija: _____						Anesteziolog:
Žilni pristop	i.v. kanila: • ura: _____ • lokacija: _____ • velikost: _____						
Terapija	a) Aplikacija infuzijske tekočine: ☐ NE ☐ DA _____				b) Premedikacija: ☐ NE ☐ DA: ob _____		a) b)
Prehranjevanje in pitje	☐ Dieta _____ ☐ Naročilo hrane za pooperativno obdobje ☐ Pacient je tešč						
Izogibanje nevarnostim	☐ Odstranitev nakita ☐ Odstranitev ortodontskih pripomočkov ☐ Spremembo pacienta v operacijsko dvorano						
Izločanje	☐ Izpraznitev mehurja pred odhodom v operacijsko dvorano						

MEDOPERATIVNO OBDOBJE

OP DVORANA: _____

Čas prihoda v operacijsko dvorano: _____ Lokacija operativnega posega: _____

Esmarchova preveza: ob _____ do _____

Pričetek operacije: _____ Konec operacije: _____

Čas odhoda iz operacijske dvorane: _____

Pacient obravnavan po KKV: ☐ NE ☐ DA

Čistost pacienta: ☐ da ☐ ne Že izvedene operacije: ☐ da ☐ ne

Stanje kože: ☐ intaktna ☐ poškodovana ☐ drugo: _____

Vrsta anestezije:

- ☐ Splošna
☐ Regionalna
☐ Aksilarni blok
☐ Lokalna

Količina lokalnega anestetika (ml):

(poseg v lokalni anesteziji)
☐ Xylocain 1%: _____
☐ Xylocain 2%: _____

Priprava operativnega polja:

- ☐ Obarvan Chlorhexidine 2 %
☐ Neobarvan Chlorhexidine 2 %
☐ Ofenosept
☐ Braunoderm

Operacijska ekipa:

Kirurg: _____

Asistent 1: _____

Umita OPMS: _____

Neumita OPMS: _____

Asistent 2: _____

Menjava: _____

Bolničarka: _____

Namestitev nevtralne elektrode:

- ☐ Stegno _____ ☐ Nadlaket _____
☐ Meča _____ ☐ Drugo: _____

Način fiksacije pacienta:

- ☐ desna roka ☐ leva roka

Uporabljene aparature:

- ☐ Elektrokirurški nož
☐ Bipol. pinceta

Oskrba oper. rane:

- ☐ elevacija
☐ dren • NE
• DA: - pasivni
- aktivni: _____ ml

Dokumentiranje sterilnosti

Nalepka sterilnosti	Nalepka sterilnosti	Nalepka sterilnosti	Nalepka sterilnosti

Predaja OPMS

Podpis umite OPMS: _____

Podpis neumite OPMS: _____

PRIJAVA PACIENTA

Anestezijski tim preveri

- ☐ Identif.pacienta (ime/priimek, rojstni datum)
- ☐ Oper.poseg-ujemanje s privolitvijo
- ☐ Lokacija posega
- ☐ Alergije

Podpis anest.dipl.m.s.: _____

- Pričakovana otežena intubacija ☐ DA ☐ NE
- Nevarnost izgube večje količine krvi ☐ DA ☐ NE
- Nastavljeni ustrezni žilni pristop ☐ DA ☐ NE
- Nevarnost hipotermije (op.> 1^h) ☐ DA ☐ NE
- Nevarnost tromboembolizmov ☐ DA ☐ NE

Podpis anesteziologa: _____**PRED PRIČETKOM POSEGA** (Kirurg, OP DMS, anesteziolog verbalno preverijo)

- ☐ Identifikacija pacienta
- ☐ Lokacija posega

Podpis OPMS: _____**Podpis anesteziologa :** _____**MERITEV VITALNIH FUKCIJ MED OPERATIVNIM POSEGOM**
(poseg v splošni, regionalni anesteziji/aksilarni blok)

Posebnosti med posegom, pri zbujanju, navodila za zbujevalnico:

Ura									
Krvni tlak									
Pulz									
SaO ₂									
Frekvenca dihanja									
Slabost									
Bolečina									
Aplicirana zdravila									

Podpis anest.dipl.m.s.: _____**Podpis anesteziologa:** _____**Navodila zdravnika operaterja:****Podpis zdravnika:** _____**PREDPISANA TERAPIJA PRED/PO OPERATIVNEM POSEGU**

Podpis zdravnika	Predpisano zdravilo (doza, način, čas)	Parafa Izvajalca Čas	Parafa Izvajalca Čas	Parafa Izvajalca Čas	Parafa Izvajalca Čas	Parafa Izvajalca Čas
	Analgin amp.v 100mlNacl/i.v./12 ^h					
	Paracetamol 100 mg i.v./8 ^h					
	Neodolpasse 75 mg /30 mg/12 ^h					
	Dipidolor 7,5 mg v 100ml Nacl /8 ^h					
	Torecan amp / i.v./ 4 ^h					
	Dexamethason 8 mg/i.v.					
	Analgin 500mg/tbl/8 ^h					
	Nalgesin 550mg/tbl/8 ^h					
	Paracetamol 1000mg/tbl/6 ^h					
	NaCl 500ml/i.v.					
	Ringer 500ml/i.v.					

VODENJE BOLEČINE PO LESTVICI VAS PRED/PO POSEGU 1-10

Ura ocene									
Stopnja bolečine									
Ura ocene									
Stopnja bolečine po aplikaciji analgetika									
Parafa izvajalca									

Kriteriji za oceno fazi prebujanja po splošni anesteziji/URA	Prihod na oddelek URA:	Ura Čez 1 ^h :
AKTIVNOST (motorika): • 4 okončine • 2 okončini • 0	2 1 0	2 1 0
DIHANJE: • Sposoben globokega dihanja in kašljanja • Dispneja, površno ali omejeno dihanje • apneja	2 1 0	2 1 0
CIRKULACIJA: • RR+20mm Hg tlaka ob sprejemu • RR+20-50mm Hg tlaka ob sprejemu • RR+50mm Hg tlaka ob sprejemu	2 1 0	2 1 0
ZAVEST: • Povsem buden • Zbudi se na klic • Ne moremo ga zbuditi	2 1 0	2 1 0
BARVA KOŽE: • Normalna • Bleda, siva, rumenkasta • Cianotična	2 1 0	2 1 0
SKUPAJ:		
Podpis:	Zdr.:	Parafa izvajalca

POOPERATIVNO OBDOBJE

		Parafa izvajalca
Prihod pacienta iz operacijske dvorane ob _____ uri		
Opazovanje pacienta	RR/FP ob: _____ : _____ / _____ ; ob: _____ : _____ / _____ TT/°C: _____	
Opazovanje prekrvavljenosti okončine	Barva kože ☐ rožnata ☐ bleda ☐ cianotična Temperatura kože ☐ topla ☐ hladna Kapilarni povratek ☐ normalen ☐ počasnejši	
Žilni pristop	☐ ob izteku predpisane inf. tekočine, PVK zapremo do odpusta pacienta	
Terapija	☐ pacient/ka vzame redno terapijo ☐ ostala terapija po naročilu zdravnika _____ _____ ☐ opazovati reakcijo na zdravilo	
Izogibanje nevarnostim	☐ namestitvev klicne naprave v dosegu rok ☐ seznanitev s prvim vstajanjem iz postelje	
Prehranjevanje in pitje	☐ po splošni anest. dve uri močimo usta, nato ni omejitev pri pitju ☐ po regionalni anest. zagotovimo vsaj 2l tekočine na dosegu rok Hrano pacient dobi: ☐ lok. anest. po 2 urah ☐ reg. anest. po 2 urah ☐ spl. anest. po 4 urah	
Izločanje	☐ kontrola uriniranja ☐ prvo uriniranje ob _____ uri	
Gibanje in nevarnost za padec	☐ ocena pacientovega stanja: _____ ☐ posedanje ☐ po regionalni anest./axill. bl. lahko premika okončine ob _____ uri ☐ po reg. anest. prvo vstajanje ob _____ uri ☐ po splošni anest. po naročilu zdravnika: ☐ pri prvem vstajanju spremstvo pri hoji	
Operativna rana	☐ hlajenje ☐ suha ☐ elevacija ☐ podložena okončina ☐ krvavi ☐ preveza ob: _____ ☐ boli ob: _____	

OCENA STANJA PACIENTA OB ODPUSTU

Parafa izvajalca		
Klinične meritve pred odpustom	☐ RR_____ ☐ pulz_____ ☐ SaO ₂ _____ ☐ dihanje_____ ☐ izločanje_____	
Žilni pristop	☐ odstranitev PVK ob _____ uri. ☐ ocena vbodnega mesta: ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d	
Gibanje in nevarnost padca	☐ pacient je sposoben hoditi	
Komunikacija	☐ stanje zavesti, kot ob sprejemu	
Opazovanje operativne rane	Preveza je prekravavela _____ Imobilizacija: ☐ DA ☐ NE ☐ DA ☐ NE Odstranitev drenaže: ☐ NE ☐ DA, ob _____ uri	
Svetovanje	☐ Pacient/ka dobil/a ustna in pisna navodila v zvezi z bolečino, telesno temperaturo, opazovanjem oper. rane, pooperativno kontrolo	

Kontrola	☐ v kirurški ambulanti, datum: _____
	☐ pri osebnem zdravniku, čez: _____

E-recept: ☐ NE ☐ DA,

Pacient prejme: ☐ začasno odpustnico ☐ odpustnico

MNENJE ODPUSTNEGA ZDRAVNIKA	☐ odpustni zdravnik pregleda prevezo operativne rane Podpis zdravnika: _____
--	---

VIZITA ANESTEZIOLOGA PRED ODPUSTOM ☐ DA ☐ NE Podpis anesteziologa: _____	MNENJE ODPUSTNEGA ANESTEZIOLOGA: Podpis anesteziologa: _____
--	---

ODHOD DOMOV	☐ Prisotna spremljajoča oseba: _____ Podpis spremljajoče osebe: _____ Odpuščen ob: _____ uri.
------------------------	--

POROČILO ZN OB ODPUSTU	Parafa izvajalca ZN _____
-----------------------------------	---------------------------

Ura	Zapis odklonov klinične poti	Šifra	Parafa izvajalca

POGOVOR S PACIENTOM – DAN PO POSEGU

Odkloni med obravnavo: ☐ da ☐ ne

Datum razgovora: _____

Datum obiska pri osebnem zdravniku: _____

Datum obiska pri specialistu operaterju: _____

1. BOLEČINA

Kako bi ocenili jakost bolečine po prihodu domov?

☐ Blaga (VAS 0-3) ☐ Zmerna (VAS 4-6) ☐ Huda (VAS 7-10)

Ali ste vzeli analgetik?

☐ ne ☐ da, in sicer _____

Ali je bilo zdravilo učinkovito?

☐ da ☐ ne ☐ deloma

Kako bi ocenili jakost bolečine 24 ur po operaciji?

☐ Blaga (VAS 0-3) ☐ Zmerna (VAS 4-6) ☐ Huda (VAS 7-10)

Ali ste vzeli analgetik?

☐ ne ☐ da, in sicer _____

Ali je bilo zdravilo učinkovito?

☐ da ☐ ne ☐ deloma

2. GLAVOBOL

Ste imeli po odpustu doma glavobol?

☐ ne ☐ da

Izvedeni ukrepi:

☐ analgetik ☐ ležanje ☐ pitje tekočine

Ali so bili uspešni?

☐ da ☐ ne

3. SLABOST (NAUZEJA) IN BRUHANJE

Ali vam je bilo po odpustu slabo ?

☐ ne ☐ da, in sicer _____

Ali ste bruhal?

☐ ne ☐ da in sicer _____

4. PREKRVAVITEV PREVEZE RANE IN HEMATOM

Ali je obveza na rani prekrvavela?

☐ ne ☐ da in sicer _____

Ali je koža okoli rane spremenila barvo?

☐ ne ☐ da in sicer _____

5. OTEKLINA

Ali ste opazili v predelu rane oteklino? ☐ ne ☐ da in sicer _____

Pacientovi predlogi in vprašanja:

Parafa KZO, ki je opravil-a razgovor: _____