

Klinična pot ; Operacija žolčnika SB Ptuj

Namen; namen klinične poti je seznanjenje zdravstvenega osebja z zdravstvenim stanjem bolnika ob dobri pripravi bolnika na sam sprejem, operativni poseg, lajšanje bolečine med in po posegu, nadaljnje zdravljenje, nego in okrevanje v bolnišnici, ter v domačem okolju. Pomembni cilji, ki bi jih s takim načinom dela radi dosegli, so optimalna priprava bolnika na operativni poseg, optimalna obravnava bolnika v predoperativnem, operativnem in pooperativnem obdobju, ter priprava bolnika na odpust in povrnitev v domače okolje. Pomembna je čimprejšnja samooskrba bolnika. Cilj, ki ga želimo doseči, je tudi zadovoljen bolnik in njegovi svojci in optimalizacija stroškov pri obravnavi.

Predmet klinične poti : je načrt celotne obravnave bolnika z določeno boleznijo ali za določen poseg. Predpisan je v pisni obliki, ki ga naredi tim sodelavcev vseh dejavnosti na določenem oddelku v zdravstvu.

Odgovornost : za pravilno izvajanje in upoštevanje klinične poti smo odgovorni vsi člani tima, ki sodelujemo pri obravnavi bolnika .

Diagnoze.....

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

Ambulantni zdravnik	
Operater	
Datum,ura sprejema	

.....
(ime in priimek bolnika)

Cilji:

- Optimalna priprava bolnika na operativni poseg
- Kakovostno in varno opravljen operativni poseg z najmanjšim tveganjem za bolnika
- Čimprejšnje okrevanje bolnika
- Optimalna obravnava bolnika v pred operativnem, operativnem in po operativnem obdobju,ter priprava bolnika na odpust
- Zadovoljen bolnik in svojci
- Optimalizacija stroškov

PREGLED V SPECIALISTIČNI AMBULANTI

Datum razgovora: _____

Razgovor vodil: _____

Pregledani ste bili naši specialistični ambulant. Potrebno bo opraviti operativni poseg, zaradi katerega boste prišli v našo bolnišnico.

Kdaj ste preboleli prvi napad žolčnih kamnov? _____

Ste ob napadu bolečin imeli:

- | | | |
|--------------------------------|----|----|
| • povišano telesno temperaturo | Da | Ne |
| • mrzlico | Da | Ne |
| • zlatenico | Da | Ne |

Ali se zdravite še zaradi katere druge bolezni? Da Ne

Katere? _____

Ali redno jemljete zdravila? Da Ne

Katera? _____

Ali jemljete zdravila proti strjevanju krvi? Da Ne

Oglasite se pri svojem osebnem zdravniku, da vas bo pred operacijo prevedel na ustrezno terapijo z injekcijami.

Ali jemljete Aspirin? Da Ne

Teden dni pred predvidenim operativnim posegom prenehajte z jemanjem Aspirina.

Ali ste do sedaj že bili operirani? Da Ne

Vrsta operacije: _____

Obiskati boste morali svojega osebnega zdravnika, da opravite potrebne preiskave za operacijo. Da Ne

Na dan sprejema se boste javili v čakalnici pred kirurško ambulanto z vso potrebno dokumentacijo.

Da Ne

- | | | |
|-------------------------------------|----|----|
| • ultrazvok trebuha | Da | Ne |
| • ERCP | Da | Ne |
| • rentgen pljuč, srca | Da | Ne |
| • spirometrija | Da | Ne |
| • EKG | Da | Ne |
| • pregled pri internistu-kardiologu | Da | Ne |
| • laboratorijske preiskave: | | |
| ➤ hemogram | Da | Ne |
| ➤ urin | Da | Ne |
| ➤ elektroliti | Da | Ne |
| ➤ sečnina | Da | Ne |
| ➤ kreatinin | Da | Ne |
| ➤ bilirubin | Da | Ne |
| ➤ gama GT, AF | Da | Ne |
| ➤ pč, INR | Da | Ne |

Klinična pot: OPERACIJA ŽOLČNIKA SB PTUJ

nalepka

SPREJEM V SPECIALISTIČNI AMBULANTI

Datum _____ ura _____ odsek _____ soba _____

Naslednji izvidi so priloženi v dokumentaciji	DA	NE
-ultrazvok trebuha		
-ERCP		
-rentgen pljuč, srca		
-spirometrija		
-EKG		
-pregled pri internistu-kardiologu		
-hemogram		
-urin		
-elektroliti		
-sečnica		
-kreatinin		
-bilirubin		
-gama GT, AT		
-pč, INR		

Zdravilo	količina	aplikacija	Prinaša s sabo

Zaščita z nizkomolekularnim heparinom ? Da Ne

Podpis sprejemnega zdravnika _____

NEGOVALNA ANAMNEZA

Čas sprejema na oddelek _____

S sabo prinaša: očala leče zgornja proteza spodnja proteza bergle slušni aparat

Komunikacija z bolnikom poteka: nemoteno moteno(navedite zakaj?) _____

Bolnik je seznanjen: s klinično potjo s prostori na oddelku s pravicami dolžnosti

Bolnik živi: sam v družini v domu starejših občanov

Telefonska številka svojcev: _____ Kam se bo vrnil po odpustu iz bolnišnice: _____

Osebna higiena in priprava kože na operativni poseg	negovan higiensko zanemarjen zvečer tuširanje oz. posteljna kopel		koža je intaktna koža je poškodovana(kje?)_____	
Prehranjevanje in pitje	dieta_____		naročilo hrane za bolnika_____	
Izločanje in odvajanje	blata: redno inkontinenca stoma	pogostost_____ odvajalna svečka zadnje odvajanje	urina: brez težav inkontinenca retenca	urinski kateter da ne
				velikost_____ zadnja menjava_____
Čutno zaznavanje	sluh: normalen	slabo sliši	vid: normalen	motnje_____
Spanje	normalno spanje		s pomočjo zdravil	zagotavljanje pogojev za dobro spanje
Žilni pristop	i.v. kanila da ne		lokacija _____ velikost _____	
Terapija	svoja zdravila	antikoagulantno zdravilo		uspavalo
Bolečina	seznanitev bolnika z vodenjem pooperativne bolečine in VAS			
Bolnik je doma potreboval pomoč pri	hranjenju	vstajanju	izvajanju osebne higiene	posedanju
				gibanju v prostoru

Klinična pot: OPERACIJA ŽOLČNIKA SB PTUJ**nalepka**

OPERATIVNI DAN

Zdravnikova ocena stanja bolnika in navodila	Podpis zdravnika

Priprava bolnika na operacijo:

Opombe medicinske sestre ki bolnika pripravja na operacijo	Podpis medicinske sestre

Sprejem bolnika v operacijski blok:

Opombe anestezijske ekipe	Podpis zdravnika

DOKUMENT ZDRAVSTVENE NEGE MED OPERACIJO

Operacijska soba	OP I.	OP II.	OP III.	SEPT.OP
Vrsta anestezije	splošna	regionalna	lokalna	epiduralna
Operacija	programska	akutna	v dežurstvu	
Prihod bolnika v op.sobo _____	Začetek op _____	Konec op _____	Skupaj čas _____	DATUM:

Nalepka bolnika:	Diagnoza
	Izvedena operacija
	Kirurška ekipa

Posebnosti pri bolniku _____

Aparature	Položaj bolnika	Fiksiranje bolnika	Nevtr. elektroda
Kutor mono	Na hrbtu	S pasom	Na stegnu L D
bipol	Na trebuhu	Z ruto	Na nadlahti L D
UZ skalpel	Na boku	S kompreso	Drugje _____
Endoskop	Ekstenzijski	Blazine za oporo	Esmarh
CO ₂ insuffl.	Ginekološki	Drugo: _____	Na stegnu L D
Vrtalka	Obrnjen na glavo	Rtg med op	Na nadlahti L D
Žaga	Obrnjen na noge	Aparat	Pritisk mmHg _____ od _____ do _____
Šever	Obrnjen na L bok	Kontrast	Intraop. terapija
Varioflow	Obrnjen na D bok	Ojačevalec	_____
Aspirator	Drugo _____	Št.dispozicij _____	_____

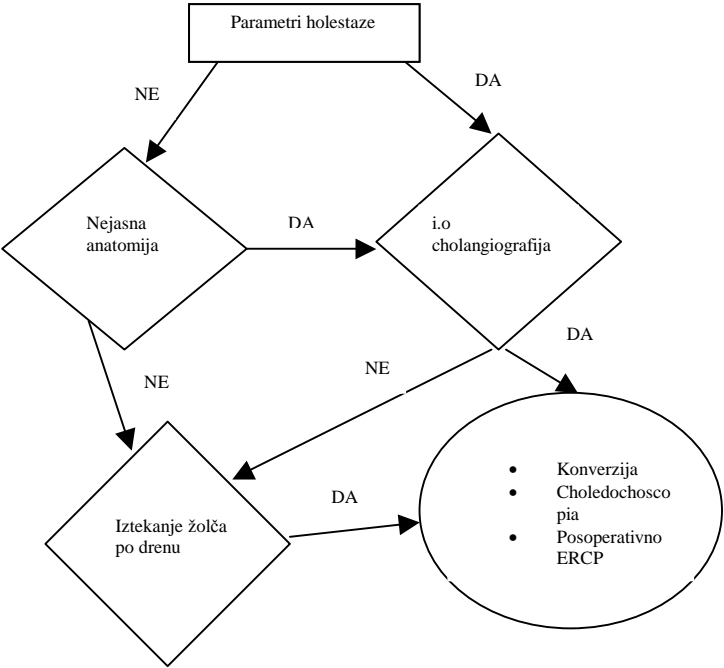
Ocena kože		Čiščenje op.polja	Pokrivanje op.polja	Izpiranje rane
Čista	DA NE	0.1% Chlorhexidine	Tekstil	0.9% NaCl
Intaktna	DA NE	Drugo: _____	Set za 1x uporabo	Sol Ringer
Inficirana	DA NE	Dezinfekcija op.polja	Set _____	3% H ₂ O ₂
Poškodovana	DA NE	Spitaderm	Dodano _____	P.J.raztopina
Drugo _____		Skinsept mucosa	_____	Drugo _____
Britje	DA NE	Skinsept color	_____	_____

Material za štetje	Pred op	Dodano med op	Pred zap.	Drenaže	Ch	Histologija
Tamponi veliki				Redon dren	—	Citologija
Tamponi mali				Abd.dren	—	Bris
Zloženci veliki				Torak.dren	—	Drugo _____
Trebušne komprese				Urinski kat.	—	Štev.preparat.
Drugo				T-dren	—	_____
Mreže		Podpis neum. MS		Trak		Podpis MS:
		Podpis umite op MS		Drugo_____		_____

Šivalni material	Kol	Hemostati, staplerji	Kol	Oskrba op.rane:	Imobilizacija
				Vivapore	Opornica

				Tkani zloženci	Mavec
				Povoj	Longeta
				Elastični povoj	Drugo _____
				Drugo _____	_____

Operacija:



Komentar operaterja:

podpis

Operaterjeva ocena stanja bolnika in navodila	Podpis zdravnika

Anesteziologova ocena stanja bolnika in navodila	Podpis zdravnika
--	------------------

--	--

Klinična pot: **OPERACIJA ŽOLČNIKA SB PTUJ**

nalepka

Prevzem bolnika iz operacijske sobe

datum_____ ura_____

Anesteziolog			anestezijska MS		
Operater			Op.Ms		
MS/ZT iz odd.					
Stanje zavesti	zbujen	orientiran	dezorientiran	somnolenten	zaspan
Dihanje	normalno		globoko		plitko
Ocena preveze rane	suha			prekrvljena	

Predpisana terapija po operativnem posegu

podpis zdravnika	Predpisano zdravilo	Dopoldan podpis MS	Popoldan podpis MS	Ponoči podpis MS

Prihod bolnika na oddelek

ura_____

podpis MS/ZD

Opazovanje bolnika	videz kože	normalna	ikterična	bleda			
Operativna rana	Opazovanje preveze oprativne rane,drenaže in količina						
Dihanje	Aplikacija kisika ____ L pretoka da ne		resespir. th.,inhalacije da ne				
Žilni pristop in zdravila	Opazovanje infuzije in vbodnega mesta Infuzija v ml.						
Laboratorijske preiskave	Kontrola Hb ob.....uri		Kontrola Hb ob.....uri				
Transfuzija krvi	da ne transfuzija v ml...						
Prehranjevanje	Obrok hrane: popoldan zvečer Zaužita tekočina: dop.....ml pop.....ml zv.....ml						

Izločanje	Diureza dop.....ml pop.....ml zv.....ml					
Gibanje	Mirovanje v postelji da ne		Vstajanje ob.....uri			
Osebna higiena	tuširanje		Ustna nega			
Spanje	Uspavalo da ne					

Vodenje bolečine po lestvici VAS

Ura ocene					
Stopnja bolečine					
Apliciran analgetik					
Podpis MS/ZD					

Klinična pot: **OPERACIJA ŽOLČNIKA SB PTUJ**

nalepka

Prvi post operativni dan

datum:

Dop. Pop. Zv.
Podpis MS/ZT

Splošen status	Afebrilen da ne		Anikteričen da ne		Anemičen da ne				
Abdomen	normalen		meteorizem		uleknjen				
	neboleč	občutljiv	boleč		močno boleč				
Operativna rana	Ostane pokrita da ne				Opazovanje obveze da ne				
Laboratorijske preiskave	kontrola hemograma da ne				kontrola hepatograma da ne				
Rtg preiskave	UZ abdomna da ne				Rtg p/c da ne				
Žilni pristop in zdravila	Opazovanje infuzije in vbodnega mesta			Infuzija v ml. _____					
Transfuzija krvi	da ne				transfuzija v ml...				
Prehranjevanje in pitje	Predpisana dieta da ne			Pomoč pri hranjenju in pitju da ne					
Gibanje	Mirovanje v postelji da ne			Vstajanje da ne					
Osebna higiena	Pomoč pri osebni higieni da ne			Koža intaktna da ne					
Spanje	Uspavalo da ne								
Izločanje in odvajanje	Kontrola izločanja urina da ne			Kontrola odvajana blata da ne					
Navodila za žolčno dieto	Dietni list da ne								

Zdravnikova ocena stanja in navodila	Podpis zdravnika

Opombe medicinske sestre/zdravstvenega tehnika	Podpis zdravnika

Vodenje bolečine po lestvici VAS

Ura ocene					
Stopnja bolečine					
Apliciran analgetik					
Podpis MS/ZD					

Klinična pot: **OPERACIJA ŽOLČNIKA SB PTUJ**

nalepka

Odpust iz bolnišnice:

Zdravnikova ocena stanja bolnika	
Počutje	
Splošni status	
Lokalni status	

NAVODILA

- dobi Rp za analgetik
- počitek
- žolčna dieta
- prvi prevez čez dva dni pri izbranem zdravniku
- čez teden dni predviden odvzem šivov
- postopno opuščanje žolčne diete
- v primeru težav kontrola v naši ambulanti

Ste zadovoljni z obravnavo-zdravljenjem na našem oddelku?	DA	NE
So bolečine ob odpustu znosne?	DA	NE
Ali ob odpustu potrebujete zdravila za lajšanje bolečine?	DA	NE
Je vaše počutje ob odpustu dobro (splošna oslabeledost, slabost, ...)	DA	NE
Ste ob odpustu iz naše bolnišnice prejeli ustna in pisna navodila?	DA	NE

Vaše pripombe oziroma vprašanja: _____
