



KLINIČNA POT – CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA PRI ARTROSKOPIJI KOLENA

Diagnoza: _____

Datum sprejema: _____

	Datum:	Zdravnik:
Ambulantni ortopedski pregled:		

Datum operacije: _____

Operater: _____

Razlog hospitalizacije: ortopedski, zdravstveni, socialni, ostalo _____

Predviden datum odpusta: _____

Dejanski datum odpusta: _____

Klinična pot dokončana DA NE zakaj _____

Sprejemni zdravnik	Sprejemna medicinska sestra

KAJ JE KLINIČNA POT (KP)

- Klinična pot je orodje, ki temelji na dokazih podprti medicini, zdr.negi...in krajevni organizaciji, s katerim je opredeljen standardni načrt večdisciplinane zdravstvene oskrbe tipične vrste pacientov z določenim obolenjem ali načrtovanim posegom. Obsega celotno oskrbo od začetka do konca obravnave pacienta in pod vodstvom celotnega večdisciplinarnega tima.
- Sestavni del klinične poti je tudi celovita dokumentacija, ki združuje delo celotnega zdravstvenega tima. Je uradna - standardizirana zdravstvena dokumentacija bolnika, v katerega vsak zdravstveni delavec in sodelavec, vključen v obravnavo ali oskrbo bolnika, potrjuje in zapisuje predvidene ter opravljene storitve, spremlja potek zdravljenja in beleži odklone oz. zaplete.
- KP pomeni povezavo kliničnega dela (strokovnih standardov, smernic) in organizacije v bolnišnici..
- KP nam je v pomoč pri ugotavljanju izidov zdravljenja (kazalniki izidov) in drugih kazalnikov kakovosti. Če nastane varnostni zaplet, ga bomo zapisali in potem analizirali, da bi se česa naučili in varnostni zaplet v podobni situaciji v prihodnje preprečili. Namen KP je izboljšati komunikacijo med posameznimi področji, standardizirati procese in postopke ter analizirati uspešnost zdravljenja. Na podlagi analize odklonov je KP vedno možno spreminjati in posamezne postopke oz. procese izboljševati. Predloge za spremembo KP zbira vodja komisije za kakovost, ki jih predloži v obravnavo strokovno-medicinskemu svetu OBV.

UPORABA KP

Klinična pot se uporablja z namenom, da se zagotovi v času hospitalizacije bolnika :

- Najkakovostnejša zdravstvena obravnava in oskrba
- Strokovno utemeljene odločitve, ki temeljijo na primerih dobre prakse
- Uspešno zdravljenje.

Večpoklicna (multidisciplinarna) skupina zdravstvenih delavcev in sodelavcev OBV je pripravila to KP na podlagi dogovorov in odločitev o potrebnih aktivnostih in postopkih obravnave in oskrbe večine bolnikov, ki ustrezajo kriterijem za to klinično pot.

KP je torej vodilo – smernica za najboljšo multidisciplinarno oskrbo bolnikov.

Vsak dan pogledj, kakšne aktivnosti so planirane za ta dan in odloči ali ustrezajo bolnikovim potrebam:

1. Če ustrezajo, opravi aktivnosti in zabeleži v ustrezna polja na predvidenih obrazcih. Ne pozabi svojega podpisa. Pri nekaterih aktivnostih je potrebno vnesti vrednosti, ali točen čas nastanka nekega dogodka.
2. V primeru, da planirane aktivnosti ne ustrezajo bolnikovemu zdravstvenemu stanju, je potrebno na obrazcu poleg aktivnosti označiti odklon od KP in izpolniti obrazec »Poročilo o nastalem zapletu« s podatki :

- * Čas nastanka zapleta
- * Vrsta zapleta
- * Katera aktivnost je bila izvedena namesto planirane po KP

Z vpeljavo KP lahko pričakujemo, da se bodo aktivnosti, procesi in posamezni postopki, na podlagi analize povratnih informacij o odklonih, spreminjali in prilagajali strokovnim ugotovitvam tima. Na ta način lahko zagotavljamo nenehno izboljševanje kakovosti opravljenih storitev in visok nivo zdravstvene oskrbe.

LOKACIJA KP

- **KP se začne ob sprejemu bolnika na bolniški oddelek**
- V času hospitalizacije na oddelku se nahaja v pisarni vodje zdr.nege boln.oddelka.
- Posamezni dokumenti (kot npr. izvidi diagn.preiskav, ortopedski, anest.pregled ipd.), se vlagajo
- Ob premestitvi na drug oddelek KP potuje z bolnikom (na drugi boln.oddelek, v operacijsko dvorano ali na oddelek za intenzivno nego)
- V času priprave odpustnega pisma hrani dokumentacijo lečeči zdravnik, ki jo po pregledu preda zdravstveni administraciji, ta zaključi posamezne faze, izpiše odpustnico in KP arhivira.

POZOR:
IZPOLNJEVANJE DOKUMENTACIJE JE OBVEZNO. ČE AKTIVNOSTI NISO IZPOLNJENE IN OZNAČENE, SE NISO ZGODILE !



ORTOPEDSKI PREGLED - REGISTER (1/1)

Datum: _____

<p>Etiologija</p> <p><input type="checkbox"/> poškodba (datum: _____) vzrok: <input type="checkbox"/> padec <input type="checkbox"/> zvin <input type="checkbox"/> udarec</p> <p><input type="checkbox"/> obraba</p> <p><input type="checkbox"/> prosta telesa</p> <p><input type="checkbox"/> sistemsko vnetje</p> <p><input type="checkbox"/> okužba</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p>	<p>Stran OP</p> <p><input type="checkbox"/> desno</p> <p><input type="checkbox"/> levo</p> <p>Incizijsko mesto</p> <p><input type="checkbox"/> brez posebnosti</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p> <p>RTG kolena opravljen dne _____</p> <p>MR kolena opravljena dne _____</p>
<p>Klinični pregled</p> <p>trajanje težav <input type="checkbox"/> ___ dni, <input type="checkbox"/> ___ mes, <input type="checkbox"/> ___ let</p> <p>gibljivost _____ °</p> <p>bolečina <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>lokalizacija bolečine _____</p> <p>izliv <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>stabilnost <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>ostalo _____</p> <p>Kontralateralno koleno</p> <p><input type="checkbox"/> brez posebnosti</p> <p><input type="checkbox"/> poškodba meniskusov, hrustanca, vezi</p> <p><input type="checkbox"/> obraba</p>	<p>Predhodne operacije obravnavanega kolena:</p> <p><input type="checkbox"/> nič</p> <p><input type="checkbox"/> artroskopija</p> <p><input type="checkbox"/> rekonstrukcija vezi</p> <p><input type="checkbox"/> osteosinteza, osteotomija</p> <p><input type="checkbox"/> sinovektomija</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p> <p>Alergija: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA (_____)</p>
<p>Sprejem in operativni poseg</p> <p>Bolnik seznanjen s potekom in možnimi komplikacijami op. posega <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p> <p>Stran operacije označena <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	
<p>Ostalo _____</p>	

Podpis ortopeda	Opombe
<p>_____</p>	



ORTOPEDSKA BOLNIŠNICA VALDOLTRA
Jadranska c.31, 6280 Ankaran
Direktor prim.mag.V.Pišot, dr.med.spec.ortoped

Mat.št.:
Mat.ind:

Priimek in ime pacienta: _____

Datum sprejema: _____

ANAMNEZA STATUS

PREJŠNJE BOLEZNI:

SEDANJA BOLEZEN:

SPLOŠNI STATUS:

LOKALNI STATUS:

Zdravnik







PISNO SOGLASJE ZA OPERATIVNI POSEG

Podpisani(a)....., ki sem predviden(a) za načrtovano operacijo, oziroma sem starš oz. skrbnik predvidene(ga) za načrtovano operacijo, sem po izčrpnem pogovoru z zdravnikom specialistom ortopedom Ortopedske bolnišnice Valdoltra seznanjen(a):

- z naravo in vrsto svoje bolezni,
- s prednostmi in pomanjkljivostmi možnih vrst zdravljenja,
- s predvidenim potekom bolezni, v kolikor se odločim za operativni poseg,
- s potekom operativnega posega in možnimi komplikacijami,
- s postoperativnim potekom vključno z možnimi postoperativnimi komplikacijami.

Potrjujem, da soglašam s predlaganim operativnim posegom.

Podpis bolnika oziroma staršev ali skrbnika: _____

Podpis lečečega zdravnika: _____

Datum: _____





ANESTEZIOLOŠKI PREGLED

Oddelek:

Datum:

MI:

Amb. številka:

Diagnoza:

Starost: _____ Višina: _____ Teža: _____

Telesna temperatura [°C] _____

Krvna skupina: _____ Rh: _____

RR: _____ Pulz: _____ Hb: _____ g/l; Ht: _____

Krvni sladkor: _____ mmol/l; trombociti: _____ 10exp9/l

EKG: _____

RTG .pulm: _____

Morebitne serološke preiskave: _____

Naročene dodatne preiskave : _____

Število enot rezervne krvi _____
Dobi napotnico za odvzem _____ enot lastne krvi

Anestezija: _____

**NIČESAR PER OS PO 24 URI!
PREMEDIKACIJA**

Zvečer: _____

Zjutraj dne: _____ ob _____

(zdravila, doza, način aplikacije)

Aplikacijo izvedel: _____

Opombe

Avtotransfuzija DA NE

Zakaj _____

Podpis anesteziologa: _____

Anamneza:	DA	NE
Fizična aktivnost		
Dispnea		
Pljučna obolenja		
Težave s srcem		
Zlatenica, jetrna obolenja		
Ledvična obolenja		
Diabetes		
Ginekološka anamneza patološka		
Alergija		
Kadi		
Uživa alkohol		

	DA	NE
Predhodne operacije, anestezije		
- komplikacije		
Ali je bil kakšen bližnji sorodnik operiran, je dobil anestezijo		
-komplikacije		
Zdravila, ki jih jemlje, ali jih je jemal:		
-kortikosteroidi		
-psihofarmaki		
-antikoagulanti		
-imunomodulatorji		
-ostalo		
Dodatna anamneza		

Klinični farmacevt –konziliarno	DA	NE	Sprememba obstoječe terapije	DA	NE
--	-----------	-----------	-------------------------------------	-----------	-----------

Status:

KOŽA	Topla	Hladna				
	Suha	Vlažna				
	Rožnata	Bleda	Cianotična			
GLAVA	Nos prehodan		DA	NE		
	Usta odpre		DA	NE		
	Zobovje sanirano		DA	NE	Zobna proteza	DA NE
	Ocena po Mallampathy-u: Razred I II III IV			Tiromentalna razdalja:		
Vrat	Gibljivost		Popolna	Omejena		
	Ščitnica		Normalna	Eutir	Povečana	
Prsni koš	Oblika					
	Dihalne ekscurzije					
Pljuča	Poklep					
	Avskultacija					
Srce	Akcija	Ritmična	RR (mm Hg):	Pulz/min	Regularen	
		Aritmična			Iregularen	
	Toni					
Šumi						
Trebuh						
Spodnje okončine:						
ASA klasifikacijski razred: 1, 2, 3, 4, E						
Zaključek: Bolnik	JE	sposoben za operativni poseg v		splošni	anesteziji.	
	NI			regionalni	(Obkroži)	

Bolnik je podpisal soglasje za anestezijo: DA NE Podpis zdravnika: _____

PISNO SOGLASJE ZA ANESTEZIJO

Podpisani(a), ki sem predviden(a) za načrtovano operacijo, oziroma sem skrbnik predvidene(ga) za načrtovano operacijo, potrjujem, da sem izčrpno seznanjen(a) z načinom anestezije in nadzorom življensko pomembnih funkcij med operacijo in v zgodnjem pooperativnem obdobju.

Poučen(a) sem o tem, da je sodobna anestezija varna. Čeprav je vodena strokovno in skrbno, pa se včasih ni mogoče izogniti možnim zapletom, ki so v najhujšem primeru tudi smrtni (kar velja tudi za druga področja medicine).

Potrjujem, da sem poučen(a), da med anestezijo in po njej lahko pride do naslednjih zapletov:

pri splošni anesteziji: slabost z bruhanjem, boleče grlo in mišične bolečine, motnje zavesti do nezavesti in kome, oteženo dihanje in hujše motnje dihanja, motnje v delovanju srca in ožilja, alergične reakcije različnih oblik in stopenj, nevaren porast telesne temperature;

pri regionalni anesteziji: - zaradi lokalnega anestetika: šumenje v ušesih, moten vid, omotičnost, počasen utrip srca; zaradi posega: omrtničnost anesteziranega predela, padec krvnega tlaka, bolečine na mestu vboda, manjša podplutba, občutek gluhosti v predelu blokade, ki traja dlje od načrtovane anestezije in so prehodne, prehodne težave z uriniranjem, glavobol po subarahnoidni anesteziji;

pri anesteziji nosečnic oziroma v porodništvu so možni tudi zapleti pri materi ter pri plodu oziroma rojencu.

Dodatno so glede na moje splošno stanje (oziroma splošno stanje oskrbovanca) možni naslednji zapleti:

.....

Dovolim, da anesteziolog prilagodi (spremeni) predviden način anestezije, če bi to bilo potrebno.

Dovolim morebitno transfuzijo krvi ali krvnih derivatov in sem poučen(a) o možnih nevarnostih le-te, ter sem seznanjen(a) z možnostjo avtotransfuzije.

Želim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrne temveč shrani in uporabi za zdravljenje drugih bolnikov. Potrjujem, da sem prebolel(a):

.....

Potrjujem, da sem dobil(a) izčrpne odgovore na vprašanja in s predvidenimi postopki soglašam.

Podpis bolnika oziroma skrbnika ali staršev:

Podpis anesteziologa:

Datum:

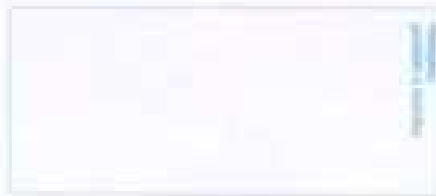


NEGOVALNA ANAMNEZA**1. SPLOŠNI PODATKI O BOLNIKU**

Priimek in ime: Datum rojstva: Stalno bivališče: Začasno bivališče: Telefon:	Po potrebi obvestiti Priimek in ime: Sorodstveno razmerje: Bivališče: Telefon:
Sprejem Datum: ura: <input type="checkbox"/> planiran <input type="checkbox"/> nujen <input type="checkbox"/> premestitev iz	
Alergije <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, na kaj	Dieta <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, kakšna
Higiensko stanje bolnika ob sprejemu	
Dosedanja medikamentozna terapija	
Zdravila, ki jih ima s seboj <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, katera	
Seznanjenost bolnika (oz.skrbnika) o poteku zdravljenja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Pripomočki, ki jih bolnik prinaša s seboj <input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> invalidski voziček <input type="checkbox"/> berglje <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> zobna proteza: zgornja, spodnja <input type="checkbox"/>	
Dragocenosti bolnika: <input type="checkbox"/> predane svojcem <input type="checkbox"/> shranjene v boln.trezor <input type="checkbox"/> bolnik jih ima pri sebi	

2. SOCIALNA ANAMNEZA

Zaposlen/poklic	upokojen, invalid
Družina (stan, otroci)	
Bivalno okolje	
Živi <input type="checkbox"/> v domski oskrbi <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> z zakoncem <input type="checkbox"/> pri starših <input type="checkbox"/> pri otrocih	Odnosi v družini <input type="checkbox"/> zelo dobri <input type="checkbox"/> dobri <input type="checkbox"/> slabi
Kdo bo bolniku nudil pomoč po odpustu	Potrebna povezava <input type="checkbox"/> s patronažno službo <input type="checkbox"/> socialno službo <input type="checkbox"/> drugo



EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE MRSA

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Bolnik je prejemal v naložbo antibiotike iz druge bolnišnice, zvezne ali stabilizacijske inštalacije ali doma za zdravljenje
KJC: _____ | NE | DA |
| 2. Bolnik je v zadnjih letih hospitaliziran v drugo ustanovo
KJC: _____ | NE | DA |
| 3. Bolnik je bil v prehodnih hospitalizacijah že vključen ali kontaktiran z MRSA | NE | DA |
| 4. Bolnik je vključen v spremljanje nosilcev MRSA | NE | DA |
| 5. Bolnik je avtor ali nosilec pritožbe, pri katerih se preiskujejo sporetni vzorci | NE | DA |
| 6. Bolnik je sprejel v naložbo zdravila na obsevanje sporetnih | NE | DA |
| 7. Bolnik je izpolnil izpis ali prenosnico | NE | DA |
| 8. Bolnik je v zadnjih letih prejel učinkovite protibiotične terapije | NE | DA |

Nadzorite bolne na MRSA odvisnemo, če imamo vsaj 1 pritrdilni odgovor.

Vzrokavnik: (opomba: vs) _____

Datum: _____



Ortopedska bolnišnica Valdoltra - Nacrtovanje in izvajanje zdravstvene nege

Aktivnosti ZN	Intervencije ZN	datum		D		P		N		D		P		N		D		P		N	
		Sprejem, odpust																			
Psihofizično ugodje	Zagotavljanje mikroklime																				
	Omogočanje komunikacij																				
Verbalna in neverbalna komunikacija	Umivanje, pomoč pri umivanju																				
	Pomoč pri umivanju rok																				
Ustna nega, pomoč pri ustni negi	Ustna nega, pomoč pri ustni negi																				
	Brigle brade, pomoč pri brigi brade																				
Nega nog in nohtov	Nega nog in nohtov																				
	Angeniatalna nega																				
Skrb za osebno higieno in urejenost okolice	Kopel																				
	Umivanje glave																				
Prestiranje postelje	Prestiranje postelje																				
	Postiljanje postelje																				
Pomoč pri oblačenju in obuvanju	Pomoč pri oblačenju in obuvanju																				
	Čiščenje neposredne bolniškovne okolice																				
Priprava posteljne enote	Priprava posteljne enote																				
	Menjava položajev v postelji																				
Gibanje in lega	Povijanje nog, namočanje el. nogavic																				
	Pomoč pri posedanju, vsiljanju																				
Pomoč pri hoji	Pomoč pri hoji																				
	Prelaganje, transport, spremljevanje																				
Izogibanje nevarnostim v okolju	Namestež varovalne ograjice, ovirnice																				
	Poostran nadzor																				
Hranjenje in pitje	Napotkanje ustreznih prehrane																				
	Hranjenje																				
Pomoč pri hranjenju in pitju	Pomoč pri hranjenju in pitju																				
	Beženje prejele tekočine																				
Priprava napitkov	Priprava napitkov																				
	Pomoč pri brbljanju																				
Odvajanje in izločanje	Nazogastrična sonda, pomoč pri uvajanju																				
	Pomoč pri izločanju urina																				
Uvajanje urinskega katetra	Uvajanje urinskega katetra ♀																				
	Pomoč pri uvajanju urinskega katetra ♂																				

Ortopedska bolnišnica Valdoltra Nactovanje in izvajanje zdravstvene nege	datum	D		P		N		D		P		N		D		P		N		
Merjenje in beleženje dihanja	Merjenje in beleženje dihanja																			
	Merjenje in beleženje specifične težje urina																			
	Praznjenje, menjava urinske vrečke																			
Odvajanje in izločanje	Odvajanje urinskega katetra																			
	Pomoč pri odvajanju blata																			
	Uvajanje črevesne cevke																			
Nega stome	Aplikacija klistrne																			
	Nega stome																			
	Merjenje in beleženje telesne temperature																			
Nadzor vitalnih funkcij	Merjenje in beleženje RR																			
	Merjenje in beleženje pulza																			
	Ocejevanje dihanja																			
Zdravstveno negovalne intervencije in diagnostično terapevtski posegi	EKG																			
	Aplikacija O ₂																			
	Aspiracija dihalnih poti																			
Zdravstvena vzgoja	Nadzor s pomočjo monitorja																			
	Merjenje SaO ₂																			
	Aplikacija zdravil																			
Nega umrlega bolnika	Priprava in pomoč pri i.a. inž.																			
	Preveza rane																			
	Dreni																			
Zbiranje in kompletiranje bolnikove dokumentacije	Refundiranje krvi																			
	Menjava drenažne steklenice																			
	Zagotavljanje delovanja aktivne drenaže I.v. kanal																			
Opomba:	Odvzem vzorcev krvi																			
	Odvzem in pošiljanje bioloških vzorcev na preiskave																			
	Priprava za operativni poseg																			
Podpis vodje ZN tima:	Pomoč pri mavčanju																			
	Zdravstvena vzgoja																			
	Priprava za spanje																			
Podpis vodje ZN tima:	Nactovanje odpusta																			
	Obvestilo službi ZN																			
	Nega umrlega bolnika																			

Podpis med.sestre:



PREDOPERATIVNE MERITVE IN OCENA STANJA

Datum: _____

- telesna višina _____ m;
- telesna teža _____ kg;
- pritisk / pulz _____
- telesna temperatura _____
- stanje kože _____
- zobovje _____
- alergije _____
- EKG opravljen DA NE
- Opravljene potrebne laboratorijske preiskave DA NE

Podpis med. sestre: _____



PREDOPERATIVNE LABORATORIJSKE PREISKAVE - STANDARD

HEMOGRAM (osnovna krvna slika)

DIABETIKI: P - glukoza

OSTALE PREISKAVE: določi zdravnik glede na anamnestične podatke in klinično sliko.



Od. 29.1.2007 →

Priimek in ime Oddelek.....

Datum rojstva Sprejet.....

Komentar [I1]:

LABORATORIJSKI IZVID

BIOKEMIČNE PREISKAVE									
PREISKAVA	KODA	Orientac. Ref. Vrednost	Enota						
S - Glukoza	21310	3,6 - 6,1	mmol/L						
S - Sečnina	21120	1,7 - 8,3	mmol/L						
S - Kreatinin	21141	M: 53 - 106 Ž: 44 - 97	μmol/L						
S - Cel. Beljakovine	21020	65 - 80	g/L						
S - Bilirubin (celok)	21151	do 17,00	μmol/L						
S - Bilirubin (dir.)	21152	do 5,0	μmol/L						
S - Kalij	21501	3,8 - 5,5	mmol/L						
S - Natrij	21502	135 - 145	mmol/L						
S - Kloridi	21550	95 - 105	mmol/L						
S - Kalcij	21511	2,1 - 2,6	mmol/L						
S - An. Fosfat	21540	0,8 - 1,4	mmol/L						
S - AST	24601	M: do 0,58 Ž: do 0,52	μkat/L						
S - ALT	24610	M: do 0,74 Ž: do 0,56	μkat/L						
S - γGT	24681	M: do 0,92 Ž: do 0,63	μkat/L						
S - Alkalna fosfataza	24720	Odrasli: 0,73-2,20	μkat/L						
S - LDH	24501	do 4,13	μkat/L						
S - CK	24620	M: do 2,85 Ž: do 2,41	μkat/L						
S - Lipaza	24711	do 1,0	μkat/L						
S - α - amilaza	24701	do 1,67	μkat/L						
U - α - amilaza	24701	do 8,35	μkat/L						
S - Urat	21130	150-480	μmol/L						
HEMOSTAZA, D - DIMER									
P - aPTČ	28622	26 - 41	S						
P - PČ/INR	28621	0,7 - 1,3	1						
P - DDIMER	STRATUS	< 340	μg/L						
SRČNI MARKERJI									
P - Troponin I	STRATUS	< 0,06 cutoff > 1,5	μg/L						
P - CKMB (masni)	STRATUS	0,6 - 3,5 cutoff > 5,6	μg/L						
S - Prokalcitonin	HITRI TEST	< 0,5	μg/L						
S - CRP		< 5	mg/L						

BIOKEMIČNE PREISKAVE									
SISTEM - PREISKAVA	KODA	Orientac. Ref. Vrednost	Enota						
S - Holesterol	21421	do 5,2	mmol/L						
S - Trigliceridi	21411	M: do 1,82 Ž: do 1,54	mmol/L						



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

STANDARD FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE PRI ARTROSKOPIJI KOLENA

1. Predoperativna priprava:

- uravnavanje bergel
- učenje hoje po ravnem in stopnicah

2. Kinezioterapevtski program:

- vaje za stopala in gležnje (venska črpalka)
- izometrične vaje za m. quadriceps, gluteus in mišice medeničnega dna
- pasivne, asistirane ali aktivne vaje za operirano koleno, ki se stopnjujejo glede na sposobnost bolnika

3. Priprava bolnika za vstajanje:

- povijanje spodnjih okončin po potrebi

4. Mobilizacija:

- prva hoja z berglami po potrebi

5. Zdravstvena vzgoja in navodila:

- poučimo bolnika glede izvajanja vaj in mu damo pisna navodila

OSNUTEK 1

Ortopedska bolnišnica Valc

fizioterapevtski protokol pri oper

TP cox

TP gen PP gen

D L

Drugo: _____

podatki o bolniku

_____ datum operacije

	pred op.	op.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	
<i>predoperativna priprava pacienta</i>										
<i>kinezioterapevtski program</i>										
<i>aplikacija preventivnih povojev</i>										
<i>vertikalizacija</i>										
<i>mobilizacija</i>										
<i>zdravstvena vzgoja navodila</i>										
<i>kinetek</i>										
<i>fth. meritve po OP</i>										
<i>opombe</i>										
<i>podpis fizioterapevta</i>										



OPERATIVNI DAN PROTOKOL OPERATIVNEGA POSEGA

Datum:



Podpis zdravnika operaterja:

Prostor za nalepke komponent:





Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA			
Posebne bolezni: <input type="checkbox"/> Alergija <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hiv <input type="checkbox"/> Predhodne operacije <input type="checkbox"/> ostalo		Čistost kože <input type="checkbox"/> Intaktna (B.P.) <input type="checkbox"/> Brazgotine <input type="checkbox"/> Inficirana <input type="checkbox"/> Britje <input type="checkbox"/> Priprava op. polja - datum/ura:	
OPERACIJSKA SOBA: <input type="checkbox"/> OP.I <input type="checkbox"/> OP.II <input type="checkbox"/> OP.III <input type="checkbox"/> OP/SEPT <input type="checkbox"/> OP B4			
INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA			
Vrsta anestezije: <input type="checkbox"/> SPL <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> EPIDUR <input type="checkbox"/> I.V.BLOK <input type="checkbox"/> LOK			
Sprejem v OP. ura: _____		Operacija čas min: _____	
OPERACIJA:			
OP. Ekipa	OPERATER		UMITA OP.M.S.
	I. ASIST.		NEUMITA OP.M.S.
	II. ASIS.		ANEST. M.S.
	ANESTEZIOLOG		Z.T. ČIŠČENJE op.polja
Položaj bolnika <input type="checkbox"/> Na hrbtu <input type="checkbox"/> Trebuh <input type="checkbox"/> L bok <input type="checkbox"/> Polsedeči <input type="checkbox"/> D bok <input type="checkbox"/> Povite noge		Priprava OP. polja <input type="checkbox"/> Spitaderm <input type="checkbox"/> Skinsept <input type="checkbox"/> Ostalo _____	
		Pokrivanje OP. polja <input type="checkbox"/> Enkratno <input type="checkbox"/> Platno <input type="checkbox"/> Ioban <input type="checkbox"/> Steri-drape	
Štetje pred OP. (število) <input type="checkbox"/> Treb. kompr. <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Mali tamp <input type="checkbox"/> Veliki tamp <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje a' 500 <input type="checkbox"/> Inštrumenti		Dodano med OP. (število) <input type="checkbox"/> Treb. kompr. <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje	
		Preiskave <input type="checkbox"/> Bakt. <input type="checkbox"/> Študija-J.Š. <input type="checkbox"/> Histol <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Kostna banka	
Oskrba rane: <input type="checkbox"/> Zloženec <input type="checkbox"/> Redivac <input type="checkbox"/> Vatiranec <input type="checkbox"/> Ortopas PO <input type="checkbox"/> Vata <input type="checkbox"/> Toraks dren <input type="checkbox"/> Povojev <input type="checkbox"/> Imobilizacija		Uporabljene aparature: Elektroskalpel <input type="checkbox"/> Mono <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Aspirator - Septovac <input type="checkbox"/> Tourniquet <input type="checkbox"/> High Speed drill <input type="checkbox"/> RTG med OP. <input type="checkbox"/> RTG po OP.	
		Uporabljene aparature: <input type="checkbox"/> Endoskop <input type="checkbox"/> Pumpa <input type="checkbox"/> Shaver <input type="checkbox"/> Laser <input type="checkbox"/> VAPR <input type="checkbox"/> Intra.op. zbiranje krvi <input type="checkbox"/> Ostalo	
Čiščenje in razkuževanje op.prostora:			
Prereja BOL. ob ura. _____		<input type="checkbox"/> Oddelek <input type="checkbox"/> Int. nega <input type="checkbox"/> Recovery	
<input type="checkbox"/> Dvigovanje	<input type="checkbox"/> Blazina	Podpis Umita M.S.: Nemita M.S.:	
	<input type="checkbox"/> Sam <input type="checkbox"/> Samostojno		

Posebna naročila za pooperativno zdravstveno nego:

Implantanti:

Acetabulum

Stem

Glava

- Cement _____ Navaden Antibiotični
 - Mešanje cementa _____ Vakumsko
 - Spiranje _____
 - Rokavice Enojne Dvojne Bombaž

Šivi (število)	OP. Set	
<input type="checkbox"/> Vicryl	<input type="checkbox"/> Halluxi	<input type="checkbox"/> MENJAVA
<input type="checkbox"/> Vicryl rapid	<input type="checkbox"/> TPC	<input type="checkbox"/> ARTRO KOLENA
<input type="checkbox"/> Etylon	<input type="checkbox"/> TPG	<input type="checkbox"/> ARTEO RAMA
<input type="checkbox"/> Svila	<input type="checkbox"/> SCOL	<input type="checkbox"/> ARTRO KRIŽNI
<input type="checkbox"/> Etibond	<input type="checkbox"/> HD.	
<input type="checkbox"/> Ligaclip		
<input type="checkbox"/> Ostalo		

Kontrola sterilnosti: Parna sterilizacija Plazma

Posebnosti med op posegom:

TIBORNA VSK KOPIC



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Soba št.:

Datum rojstva:
Št. popisa:

preveriti

Oper. diagn.:

Operacija:

Potek anestezije:

Bolnikovo stanje pred anestezijo
Anestezija: dobro zadovoljivo slabo prav slabo
Tel. teža:
Temp.:
Dihala:

Občutja: A.P. mmHg
Hb g%
EKG:

Endokrine motnje (terapija):

Diabetes
Steroidi

Ostala obolenja:

Alergija na:

Krvna skupina:

Kri naročena: ml
Prejšnje transfuzije: ml
(reakcija)

Prejšnje anestezije:
(reakcija)

Zadnji obrok hrane
dne ob uri

Operacija programska
nujna

Aparat:

Anestezija: splošna
regionalna

Komplikacije med anestezijo:

Ura	O ₂	N ₂ O	Legla	I.V.	mm Hg	Temp	°C
220							40
200							39
180							38
160							37
140							36
120							35
100							34
80							33
60							
40							
20							

Premedikacija

Rect
S.C.
I.M.
I.V.
mg mg mg
ob uri

Bol. stanje ob koncu anestezije

Zavest
Dihanje
Obkrok
Ostalo

Anestetik:

Feliksam:

Tehnika:

Napoten v:

intenzivno nego
predhodno opazovanje
navadno nego

Izgulba krvi ml
Dane količine

ml ml ml
ml ml ml

Datum anestezije:

Anestezijolog:
Operator:





REGISTER ZA ARTROSKOPIJO KOLENA

Datum operacije:

Preoperativna diagnoza:

Postoperativna diagnoza:

Predoperativna diagnoza potrjena: da ne

Operacija (označi):

- parcialna resekcija meniskusa hondroplastika mikrofrakture diagnostika lavaža
 odstranitev prostega telesa nochplastika sinovektomija šivanje meniskusa fiksacija
 histologija ostalo _____

Anesteziija:

- spinalna splošna lokalna epiduralna

Antibiotična profilaksa:

- da ne antibiotik _____ doza _____

Esmarch:

- da ne trajanje _____ min

Pristop:

- medialni parapatelarni lateralni parapatelarni posteromedialni posterolateralni
 suprapatelarni medailni suprapatelarni lateralni artrotomija ostalo _____

Trajanje operacije: _____ min

Uporabljene aparature:

- endoskop vodna črpalka brivnik - shaver VAPR ostalo _____

Sukcija: da ne





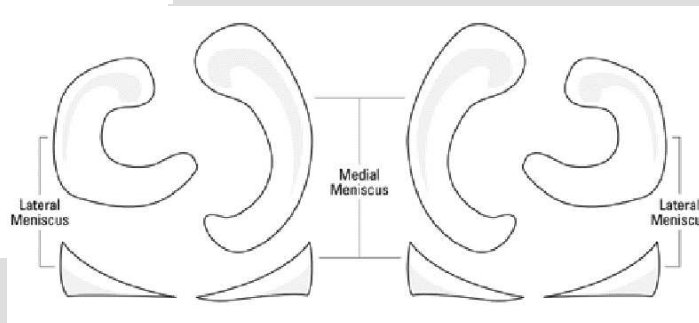
OPERATIVNA DOKUMENTACIJA

1. MENISKUSI poškodba da ne

(OZNAČI MESTO POŠKODBE IN NARIŠI OPERACIJO):

DESNO KOLENO

LEVO KOLENO



TIP POŠKODBE:

	Med	Lat
flap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bucket handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
horizontalna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
longitudinalna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kompleksna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POSEG

	Med	Lat
delna resekcija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toaleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
šivanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
material _____		

2. LIGAMENTI poškodba da ne

	delna poškodba	kompletna poškodba
ACL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PCL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LCL, popliteus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MPFL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. PROSTA TELESA da ne , število _____

4. SINOVITIS da ne , sinovektomija da ne

5. HRUSTANEC poškodba da ne

(OZNAČI MESTO IN VELIKOST POŠKODBE):

DESNO KOLENO

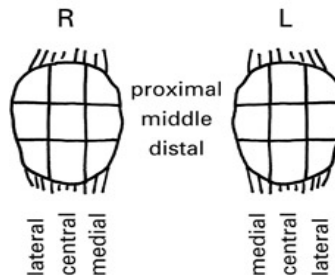
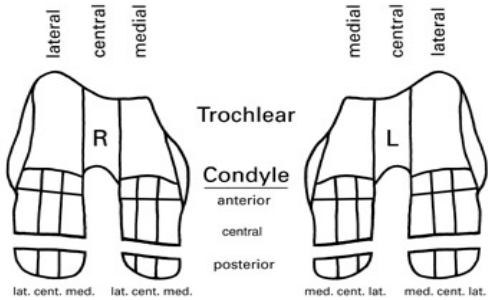
LEVO KOLENO

DESNO KOLENO

LEVO KOLENO

(FEMUR)

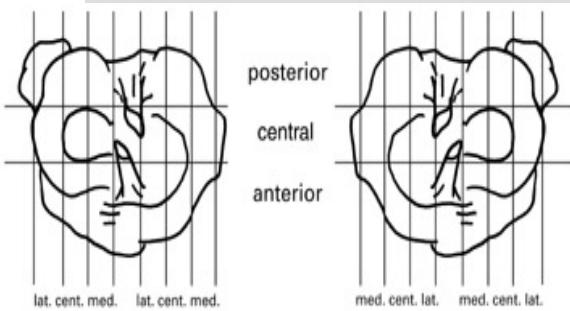
(POGAČICA)



DESNO KOLENO

LEVO KOLENO

(TIBIJA)



STOPNJA IN LOKACIJA POŠKODBE (Outerbridge 1-4):

MFK: _____, LFK: _____, MTP: _____, LTP: _____, trohlea: _____, pogačica: _____

DIAGNOZA: poškodba , obraba , dissekanti osteohondritis , avaskularna nekroza , ostalo _____

POSEG: hondroplastika , mikrofrakture , fiksacija , ostalo _____

Perioperacijski zapleti :

1. Ne

2. Da: krvavitev
 poškodba hrustanca
 poškodba ligamentov
 poškodba inštrumentov
 drugo _____

Podpis ortopeda, ki je izpolnil formular:.....



OCENA BOLNIKA PRED ODPUSTOM IZ PREBUJEVALNICE

Bolnik je lahko odpuščen, če je seštevek točk najmanj 10 in ima stabilne vitalne znake.

Čas od prihoda v prebujevalnico v min.		0	15	30	60	90	ODHOD
MIŠIČNA AKTIVNOST							
Spontano in na zapoved premika :	4 okončine	2	2	2	2	2	2
	2 okončini	1	1	1	1	1	1
	0 okončin	0	0	0	0	0	0
DIHANJE							
Sposoben globoko dihati in kašljati		2	2	2	2	2	2
Dispnočen, plitvo ali omejeno diha		1	1	1	1	1	1
Apnoičen		0	0	0	0	0	0
KRVNI OBTOK							
Krvni tlak pred operacijo /mm Hg	mm Hg						
RR +/- 20 mm Hg vredosti pred op.		2	2	2	2	2	2
RR +/- 20 do50 mmHg vrednosti pred op.		1	1	1	1	1	1
RR +/- 50 mm Hg vrednosti pred op.		0	0	0	0	0	0
ZAVEST							
Popolnoma zbudjen		2	2	2	2	2	2
Zbudi se na klic		1	1	1	1	1	1
Ne odgovarja na klic		0	0	0	0	0	0
BARVA KOŽE							
Rožnata		2	2	2	2	2	2
Bleda, pepelnato siva, rumenkasta		1	1	1	1	1	1
Cijanotična		0	0	0	0	0	0

SEŠTEVEK TOČK PRI ODHODU IZ PREBUJEVALNICE :

ZAPLETI V PREBUJEVALNICI:

UČINEK:

BRADIKARDIJA	ATROPIN	DOBER - SLAB
HIPOTONIJA	INFUZIJA; EFEDRIN; EFFORTIL	DOBER - SLAB
NAVZEJA	REGLAN; ZOFRAN; RUPURUT; H2 blokatorji	DOBER - SLAB
BRUHANJE	REGLAN; ZOFRAN; RUPURUT; H2 blokatorji	DOBER - SLAB
BOLEČINA	TRAMAL; FORTRAL; OPIJAT; ANALGIN, NSAID	DOBER - SLAB
RETENCA URINA	APAUIN / LASIX ; SPSMEX; KATETER.	DOBER - SLAB
RESP.DEPRESIJA	NALOXON; NALBUPHIN	DOBER - SLAB
ALERGIJA	SYNOPEN; TAVEGYL; KORTIZON; ADRENALIN	DOBER - SLAB

Podpis med.sestre: _____







FORMULAR OB ODPUSTU PO ARTROSKOPIJI KOLENA

Bolnik(-ca) _____, MI: _____

PRIMARNE KOMPLIKACIJE v času hospitalizacije (izpolni zdravnik ob odpustu):

1. Ni bilo komplikacij
2. Komplikacije pri anesteziji _____
3. Izliv
4. Hematom
5. Kardio-vaskularni zapleti
6. Globoka venska tromboza
7. Pljučna embolija
8. Pareza živca
9. Psihoza
10. Smrt
11. Ostalo: _____

Datum: _____

Podpis zdravnika: _____



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

POROČILO O NASTALEM ZAPLETU

Obvezna vsebina poročila:

Pri zapisu odklona je potrebno navesti **čas** in **vsebino** odklona, **vzrok** odklona-glede na štiri vrste in **ukrep**, ki smo ga izvedli zaradi odklona

Vrste odklona od KP:

1. odkloni, ki nastanejo zaradi spremembe v pacientovem zdravstvenem stanju-pojavi se zaplet,
2. odkloni, ki se pojavijo, ker člani tima ne sledijo aktivnostim, zapisanim v klinični poti (npr pozabi napisati napotnico za rtg slikanje)
3. sistemski odkloni, ker določene aktivnosti ni mogoče izvesti zaradi nerazpoložljivosti opreme, storitev (npr. ni zdravnika, ki bi znal to narediti ipd.)
4. klinična pot za tipične paciente ni ustrezna

TEKST...

Podpis zdravnika: _____



Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

OBVESTILO ZDRAVNIKU

DIAGNOZE:

KODA OPERATIVNEGA POSEGA:

Gospod/gospa _____, sprejet/a dne _____, zaradi predvidene artroskopije _____ kolena.

V anamnezi navaja _____ v kolenu, ki so nastopile _____. V splošnem statusu ob sprejemu ni posebnosti. Lokalni status pokaže _____. RTG in MR pokažeta _____.

Operiran/a dne _____. V _____ anesteziji opravimo artroskopijo _____ kolena pri kateri ugotovimo _____ in opravimo _____. Po operaciji je brez težav, samostojno vstane in shodi. Bolnika odpustimo iz bolnišnice dne _____.

DOMA: izvaja naj vaje za katere dobi navodila, koleno naj hladi z ledenimi obkladki, šive naj odstrani pri osebnem zdravniku 7. dan po operaciji.

Pri hoji naj uporablja bergle še _____ dni.

Priporočamo nadaljevanje fizioterapije čez _____ dni v _____.

KONTROLA: pri nas dne _____.

V primeru kakršnega koli poslabšanja stanja, kontrola pri svojem osebnem zdravniku.

Za morebitne dodatne informacije lahko pokličete našo oddelčno telefonsko številko: 05 6696 274.

Datum: _____

Podpis zdravnika: _____





Ortopedska bolnišnica
Valdoltra

Nalepka: podatki
o bolniku

ODPUST

ŠE NEDOKONČANO : ODPUST
(obkroži ustrezno)

Ob odpustu bolniku vročeno:

- navodila fizioterapevta DA NE; podpis: _____

- navodila zdravnika ortopeda – odpustno pismo
 DA; podpis: _____

NE; poslano po pošti; podpis: _____

Opomnik za pomanjkljivosti popisov bolezni_Priloga II

Bolnišnica:	Številka popisa:
Oddelek:	

Nalepka pacienta:

		Da	Ne	Opomba
1	Podatki identifikacije bolnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Anamneza, ki vsebuje: glavno težavo, zaradi katere je bolnik poiskal pomoč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Podrobnosti sedanje bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Pomembne bolezni v preteklosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Socijalna in družinska anamneza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Spraševanje po organskih sistemih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Povzetek bolnikovih psihosocialnih potreb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	Zaključek ali vtis na podlagi anamneze in fizikalnega pregleda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Izjava o načrtovanju bolnikove oskrbe in občasen pregled načrta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Diagnostična in terapevtska naročila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Dokazi pravih pristankov bolnika po pojasnilu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	Zapisi sledenja zdravnikov in drugega pooblaščenega osebja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	Poročila konzultantov, kjer je to primerno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Poročila o diagnostičnih in terapevtskih procedurah, kot so poročila o biopsijah, laboratorijskih testih, slikovnih testih itd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Poročila o donaciji ali prejemu transplantatov ali implantov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Končna diagnoza/diagnoze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	Zaključek ob koncu hospitalizacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	Povzetek ob odpustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Navodila bolnikom in svojcem ob odpustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	Rezultati avtopsije, če je do nje prišlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ime in priimek zdravnika	Podpis zdravnika	Datum