

## KLINIČNA POT – CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA PRI ARTROSKOPIJI KOLENA – DNEVNA BOLNIŠNICA

Diagnoza: \_\_\_\_\_

Datum operacije: \_\_\_\_\_

	Datum:	Zdravnik:
<b>Ambulantni ortopedski pregled:</b>		

Operater: \_\_\_\_\_

Izpolnjeni pogoji za operacijo v okviru dnevne bolnišnice:  DA  NE

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

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

Podpis ortopeda	Opombe
_____	



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



Komentar [I1]: diete

Ime: .....

Starost: .....

Mat. št.: .....

Soba: .....

Sprejet: .....

Odpuščen: .....

**Diagnoza:** .....

Datum	Ura	DIHANJE	
		akšilarno	rektilno
		PULZ	
		-46- 140	40°
		-36- 120	39°
		-26- 100	38°
		-16- 80	37°
		-6- 60	36°
Terapija			
Preiskave			
Zaužila	Telesna		
kolikoma	teža		
Urin			
sp. teža	Stolica		

Obr. 8/46







## DNEVNA BOLNIŠNICA - PREOPERATIVNI ANESTEZIJSKI VPRAŠALNIK

Zapleti in nevarnosti anestezije so posledica naključnih okoliščin, različnih v posameznih primerih. Zaradi tega nas zanimajo prejšnje in sedanje bolezni, obeležja in resnost težav, splošno zdravstveno stanje, navade in zasvojenosti.

Veliko število vprašanj nam pomaga da se izognemo najmanjšem možnem in sorazmerno nepomembnem zapletu in poskrbimo za Vašo največjo možno varnost.

Tel.teža :.....kg Višina : .....cm

Ste nedolgo tega bili prehlajeni, imeli povišano temperaturo ali boleče grlo ?	DA	NE
Ste na kaj preobčutljivi(alergični) ?-( cvetni preh, hrana, zdravila, levkoplast ) ?	DA	NE
Vpišite na kaj ste alergični:		
Ali redno jemljete kakšna zdravila?(aspirin, pomirjevala, kontracepcijska sredstva) ?	DA	NE
Katera ?		
Imate zobno protezo ali mostiček, ali odlomljen, majav ali slab kateri zob?	DA	NE
Ste že bili operirani ?	DA	NE
Ste imeli vi ali vaši sorodniki kakšno komplikacijo v zvezi z anestezijo ?	DA	NE
Ste že dobili transfuzijo ?	DA	NE
So bile kakšne komplikacije v zvezi z transfuzijo ?	DA	NE
Pijete redno alkohol ?	DA	NE
Redno kadite?	DA	NE
Za ženske – Ali obstaja možnost da ste noseči ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate bolezen srca – srčni infarkt,angino pektoris,šum na srcu ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate obtočne motnje ali žilne bolezni – visok krvni tlak, nizek krvni tlak, trombozo, embolijo, razširjene vene(varice), zatekanje nog, razjedo goleni ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate težave s pljuči – emfizem, astma, kronični bronhitis, TBC?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate bolezen jeter – hepatitis, zlatenico ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate probleme z ledvicami – vnetje, ledvični kamni ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate probleme s strjevanjem krvi – nagnjenost h krvavitvi, modrice?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate bolezen ščitnice ?	DA	NE
Imate sladkorno bolezen ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate težave z želodcem, razjedo želodca ali dvanajsternika ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate težave z prebavo ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate bolezen mišic ali mišično oslabeledost ?	DA	NE
Je kateri od vaših krvnih sorodnikov imel ali ima bolezen mišic?	DA	NE
Se zdravite ali ste se zdravili za katerokoli psihijatrično bolezen (depresijo, nevrozo) ?	DA	NE
Ste kdaj imeli ali imate živčne bolezni - epilepsija(božjast), paraliza ?	DA	NE
Ste se kdaj zdravili oz. se zdravite s kortizonom ali s pronizonom ?	DA	NE
Se zdravite za bolezen / težavo katera ni navedena ?	DA	NE
Katero?		

Podpis: \_\_\_\_\_

**DNEVNA BOLNIŠNICA****BOLNIKOVA POOBLASTILA**

1. Prebral sem in popolnoma razumel navodila ter si priskrbel odraslo odgovorno osebo, ki me bo spremljala v bolnišnico in iz bolnišnice po odpustu
2. Potrjujem, da so odgovori v predoperativnem anestezijskem vprašalniku točni.
3. Potrjujem, da nisem pil 3 ure pred operacijo in ne jedel 6 ur pred operacijo.
4. Pristajam na predvideno anestezijo in operacijo.
5. Seznanjen sem, da ne smem voziti avta, upravljati raznih strojev ali sprejemati pomembne odločitve še 24 ur po splošni anesteziji oz. dobljenih pomirjevalih.
6. Seznanjen sem, da je pitje alkohola 24 ur po splošni anesteziji ali dobljenih pomirjevalih prepovedano.
7. Pristajam, da bom ostal v bolnišnici, če bosta operater ali anesteziolog mnenja, da je zaradi novih okoliščin, odkritih pri operaciji, primerno, da nadaljujem bolnišnično zdravljenje.
8. Obvestil bom mojega zdravnika takoj, če bi prišlo do komplikacij, kot so krvavitev, dihalna stiska ali močna bolečina po odhodu iz bolnišnice.

Datum : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bolnik\_\_\_\_\_  
Spremljevalec\_\_\_\_\_  
Priča (lahko MS, ZT oddelka)

## 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: \_\_\_\_\_

## 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 zavrže temveč shrani in uporabi za zdravljenje drugih bolnikov. Potrjujem, da sem prebolel(a):

.....  
 .....

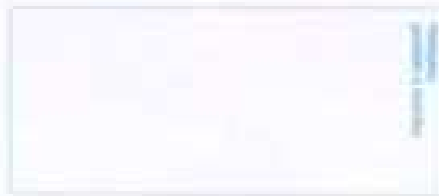
Potrjujem, da sem dobil(a) izčrpne odgovore na vprašanja in s predvidenimi postopki soglašam.

Podpis bolnika oziroma skrbnika ali staršev: .....

Podpis anesteziologa: .....

Datum: .....

**Komentar [I2]:** Črtati stavek: Želim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrže....., ker je na Soglasju za odvzem oz.prejem kostnega tkiva



### EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE MRSA

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Bolnik je premeščen v našo bolnišnico iz druge bolnišnice, sanatorija ali rehabilitacijske inštitucije ali doma iz tujine<br>KJE: _____ | NE | DA |
| 2. Bolnik je v zadnjih letih hospitaliziran v drug ustanovi<br>KJE: _____  | NE | DA |
| 3. Bolnik je bil v prehodnih hospitalizacijah že vključen ali kontaktiran z MRSA   | NE | DA |
| 4. Bolnik je vključen v operativno enoto z MRSA  | NE | DA |
| 5. Bolnik je avtor na lastni praksi, pri kateri se predvideva operativni poseg   | NE | DA |
| 6. Bolnik je sprejel v naši ustanovi na obsevanje spondilite   | NE | DA |
| 7. Bolnik je kronični bolnik ali jemanec   | NE | DA |
| 8. Bolnik je v zadnjih letih jemal učinkovite protibiotične terapije   | NE | DA |

Nadzoruje brsk na MRSA odzivamo, če imamo vsaj 1 pritrjeni odgovor.

Vzrokovanik (igromb-aj) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



**Ortopedska bolnišnica Valdoitra - Nacrtovanje in izvajanje zdravstvene nege**

Aktivnosti ZN	Intervencije ZN	datum														
		D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N	D	P	N
Spejpm. odpusti	Zagotavljanje mikroklimne															
Psihofizično ugodje	Omogočanje komunikacij															
	Verbalna in neverbalna komunikacija															
	Umivanje, pomoč pri umivanju															
	Pomoč pri umivanju rok															
	Ustna nega, pomoč pri ustni negi															
	Brilje brade, pomoč pri brilju brade															
	Nega nog in nohtov															
	Anogenitalna nega															
Skrb za osebno higieno in urejenost okolice	Kopel															
	Umivanje glave															
	Prestiranje postelje															
	Postiljanje postelje															
	Pomoč pri oblačenju in obuvanju															
	Čiščenje neposredne bolnikove okolice															
	Priprava posteljne emote															
	Menjava položajev v postelji															
	Povijanje nog, namescanje el, nogavic															
Glitanje in lega	Pomoč pri posedanju, vstajanju															
	Pomoč pri hoji															
Izogibanje nevarnostim v okolju	Prelaganje, transport, spremljevanje															
	Namestitev varovalne ograjice, ovrhnic															
	Poostren nadzor															
	Narocanje ustrezne prehrane															
	Hranjenje															
	Pomoč pri hranjenju in pitju															
	Beženje prepjete tekočine															
	Priprava napitkov															
	Pomoč pri brubranju															
	Nazogostrična sonda, pomoč pri uvajanju															
	Pomoč pri izlocanju urina															
	Uvajanje urnskega katetra	♀														
	Pomoč pri uvajanju urnskega katetra	♂														

Ortopedska bolnišnica Valdoltra Nactovjanje in izvajanje zdravstvene nege	datum	D		P		N		D		P		N		D		P		N		
Merjenje in beleženje dihanja																				
Merjenje in beleženje specifične teže urina																				
Praznjenje, menjava urinske vrečke																				
Odstranitev urinskega katetra																				
Pomoč pri odvajanju blata																				
Uvajanje črevesne cevke																				
Aplikacija klistrne																				
Nege stomne																				
Merjenje in beleženje telesne temperature																				
Merjenje in beleženje RR																				
Merjenje in beleženje pulza																				
Ocejevanje dihanja																				
EKG																				
Aplikacija O <sub>2</sub>																				
Aspiracija dihalnih poti																				
Nadzor s pomočjo monitorja																				
Merjenje SaO <sub>2</sub>																				
Aplikacija zdravil																				
Priloga in pomoč pri i.a. inj																				
Preveza rane																				
Dreni	Refundiranje krvi																			
	Menjava drenazne steklenice																			
Zdravstveno negovalne intervencije in diagnostično terapevtski posegi	Zagotavljanje delovanja aktivne drenaze																			
	T.v. kanal																			
	Odvozim vzorcev krvi																			
	Odvozim in pošiljanje bioloških vzorcev na preiskave																			
	Priprava za operativni poseg																			
	Pomoč pri mavčanju																			
Zdravstvena vzgoja																				
Priprava za spanje																				
Nadstovanje odpusta																				
Obvestilo službi ZN																				
Nege umrlega bolnika																				
Zbiranje in kompletiranje bolnikove dokumentacije																				
Opomba:																				

Podpis vodje ZN tima:

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.....

## 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

<b>INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA</b>			
<b>Posebne bolezni:</b> <input type="checkbox"/> Alergija <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hiv <input type="checkbox"/> Predhodne operacije <input type="checkbox"/> ostalo		<b>Čistost kože</b> <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:	
<b>OPERACIJSKA SOBA:</b> <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			
<b>INTRAOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA</b>			
<b>Vrsta anestezije:</b> <input type="checkbox"/> SPL <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/> EPIDUR <input type="checkbox"/> I.V.BLOK <input type="checkbox"/> LOK			
<b>Sprejem v OP. ura:</b> _____		<b>Operacija čas min:</b> _____	
<b>OPERACIJA:</b>			
<b>OP. Ekipa</b>	OPERATER		UMITA OP.M.S.
	I. ASIST.		NEUMITA OP.M.S.
	II. ASIS.		ANEST. M.S.
	ANESTEZIOLOG		Z. T. ČIŠČENJE op.polja
<b>Položaj bolnika</b> <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		<b>Priprava OP. polja</b> <input type="checkbox"/> Spitaderm <input type="checkbox"/> Skinsept <input type="checkbox"/> Ostalo _____	<b>Pokrivanje OP. polja</b> <input type="checkbox"/> Enkratno <input type="checkbox"/> Platno <input type="checkbox"/> Ioban <input type="checkbox"/> Steri-drape
<b>Štetje pred OP. (število)</b> <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		<b>Dodano med OP. (število)</b> <input type="checkbox"/> Treb. kompr. <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Zloženci <input type="checkbox"/> Ringer za spiranje	<b>Štetje ob zapiranju:</b> <input type="checkbox"/> O.K. 
<b>Oskrba rane:</b> <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		<b>Uporabljene aparature:</b> 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.	<b>Uporabljene aparature:</b> <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:			
<b>Predaja BOL. ob</b> ura. _____		<input type="checkbox"/> Oddelek <input type="checkbox"/> Int. nega <input type="checkbox"/> Recovery	<b>Podpis</b> Umita M.S.: Nemita M.S.:
<input type="checkbox"/> Dvigovanje	<input type="checkbox"/> Blazina	<input type="checkbox"/> Sam 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:

Potek anestezije:

preveriti:

Oper. diagn.:

Operacija:

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

Občutila: 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 <sub>2</sub>	N <sub>2</sub> O	Legra	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.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anestetik: .....  
Folikulsam: .....  
Tehnika: .....

Bol. stanje ob koncu anestezije

Zavest: .....  
Dihanje: .....  
Občok: .....  
Ostalo: .....

Napoten v: .....  
intenzivno nego     
predhod. opazovanje     
navadno nego

Izpolna količina ..... ml  
Dane količine ..... ml  
..... ml

Datum anestezije: .....  
Anestezijolog: .....  
Operater: .....

TRISKALNA VERIGRAFA





## 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 \_\_\_\_\_

Anestezija:

- 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





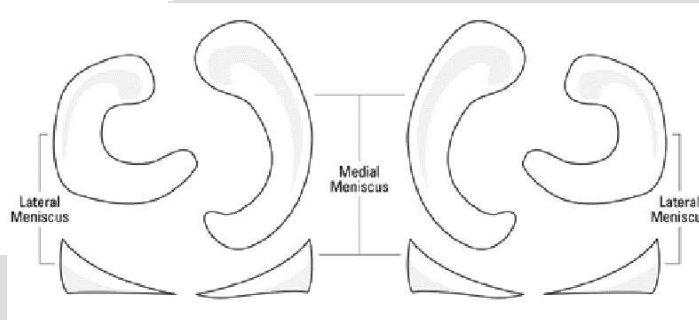
## OPERATIVNA DOKUMENTACIJA

### 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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

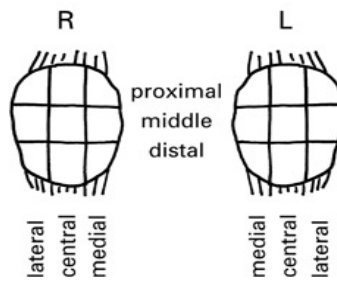
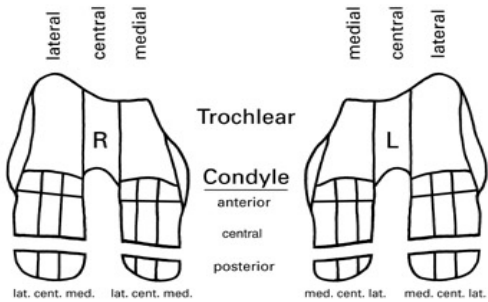
LEVO KOLENO

DESNO KOLENO

LEVO KOLENO

(FEMUR)

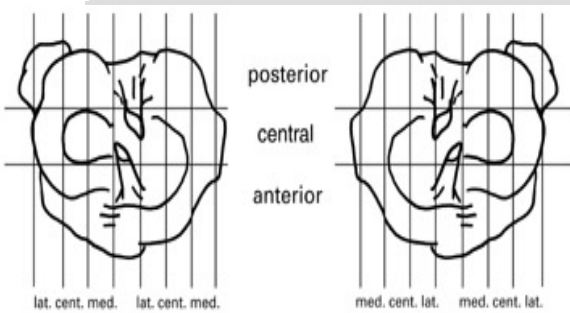
(POGAČICA)



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
<b>MIŠIČNA AKTIVNOST</b>							
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
<b>DIHANJE</b>							
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
<b>KRVNI OBTOK</b>							
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
<b>ZAVEST</b>							
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
<b>BARVA KOŽE</b>							
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 :** .....

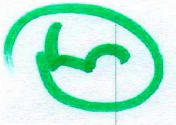
**ZAPLETI V PREBUJEVALNICI:**

**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	APaurin / LASIX ; SPSMEX; KATETER.	DOBER - SLAB
RESP.DEPRESIJA	NALOXON; NALBUPHIN	DOBER - SLAB
ALERGIJA	SYNOPEN; TAVEGYL; KORTIZON; ADRENALIN	DOBER - SLAB

**Podpis med.sestre:** \_\_\_\_\_





# POSTOPERATIVNI LIST



Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra

Datum: \_\_\_\_\_ Dan po operaciji: \_\_\_\_\_  
Primek in ime: \_\_\_\_\_ Operacija: \_\_\_\_\_  
Leto rojstva: \_\_\_\_\_ Konac op.: \_\_\_\_\_  
Naročeno pri op.: \_\_\_\_\_

Ura	Temp.	RR	Pulz	Dihanje	Bruhanje	Zbujanje	Urin	Faeces	Zdravila	Opomba





Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra

Nalepka: podatki  
o bolniku

## OCENA BOLNIKA PRED ODPUSTOM IZ BOLNIŠNICE

	Da	Ne
VITALNI ZNAKI STABILNI		
PRISOTEN REFLEKS POŽIRANJA IN KAŠLJANJA		
SPOSOBEN HODITI		
NAVZEJA, BRUHANJE IN VRTOGLAVICA MINIMALNI		
NI ZNAKOV DIHALNE STISKE		
ZBUJEN IN ORJENTIRAN		
OCENA OKREVANJA PO ANESTEZIJI - 10		
OPRAVIL MALO POTREBO		
DOBIL PISNA NAVODILA ZA DOMOV		
PODPISAL POOBLASTILA IN OMEJITVE		
VZEL ZDRAVILA ZA DOMOV		
PRISOTNA ODRASLA OSEBA KI BO BOLNIKA POSPREMILA DOMOV		

DATUM : ..... ČAS : .....

MS, ZT : ..... Zdravnik : .....





## 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

## NAVODILA PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

### 1. UČINKI ANESTEZIJE

Zdravilo, ki je uporabljeno za pomiritev ali spanje med posegom, deluje še naslednjih 24 ur ; možno je, da se boste počutili zaspani, ko pridete domov. Ta občutek bo postopoma prenehal.

**V naslednjih 24 urah ne smete :**

- a. Voziti avta, delati s stroji
- b. Piti alkohola ( niti piva )
- c. Sprejemati pomembnih odločitev

### 2. BOLEČINA

Možno je, da boste čutili bolečino. Dobili ste zdravilo proti bolečini, ki ga vzemite po navodilu zdravnika obvezno še naslednji dan, tudi če nimate nobenih težav. Zdravila proti bolečini ne morejo popolnoma preprečiti bolečine; občutek pritiska in blage bolečine bo še vedno prisoten. V primeru, da je bolečina močna in se po uporabi zdravila ne zmanjša, pokličite dežurnega zdravnika po telefonu na številko (05) 6696-100.

### 3. PREHRANA

Priporočamo najprej tekočino, kot je nesladkan ali manj sladek blagi čaj, negazirana mineralna voda, nato juho s prepečencem ter postopno prehajanje na normalno hrano. Če po operaciji nimate težav s prebavo, lahko uživate hrano kot ste navajeni.

### 4. VROČINA

Vročina po operativnem posegu ni običajna. Če boste naslednji dan imeli temperaturo čez 38°C , pokličite svojega zdravnika-ortopeda (05) 6696-100 med 8 in 14 uro.

### 5. VARNOST

Zaradi bolnikove varnosti priporočamo, da je odrasla odgovorna oseba ob bolniku ostali del dneva in čez noč.

### 6. NASVET

Elastični povoj po artroskopiji kolena odvijte pred spanjem. Nogo ni več treba poviti. Vbodne rane so zašite vsaka z enim šivom in prekrte z obližem. Obliž je vodoodporen, tako da se lahko tuširate. Obliž in šive odstranite v zdravstvenem domu 5-7 dan po operaciji. V primeru, da se želite posvetovati o kakšnem nastalem problemu v zvezi z operacijo, pokličite svojega zdravnika ortopeda na tel. (05) 6696-100 med 8 in 14 uro.

Če ste dobili spinalno anestezijo in imate glavobol, ki ne preneha ali se ne zmanjša po uporabi zdravila proti bolečini in imate trd vrat ali temperaturo, pokličite anesteziologa po telefonu (05) 6696-100 med 8 in 14 uro.





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 \_\_\_\_\_. Izpolnjuje pogoje za poseg v okviru dnevne bolnišnice.

Operiran/a dne \_\_\_\_\_ v okviru dnevne bolnišnice \_\_\_\_\_. V \_\_\_\_\_ anesteziji opravimo artroskopijo \_\_\_\_\_ kolena pri kateri ugotovimo \_\_\_\_\_ in opravimo \_\_\_\_\_. Po operaciji je brez težav, samostojno vstane in shodi. Izpolnjuje potrebne pogoje za odpust iz bolnišnice.

DOMA: izvaja naj vaje za katere dobi navodila, koleno naj hladi z ledenimi obkladki, šive naj odstrani pri osebнем 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 osebнем 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 zdravnika anesteziologa       DA       NE;      podpis: \_\_\_\_\_
- navodila fizioterapevta       DA       NE;      podpis: \_\_\_\_\_
- navodila zdravnika ortopeda – odpustno pismo  
 DA;      podpis: \_\_\_\_\_  
 NE; poslano po pošti;      podpis: \_\_\_\_\_
- zdravila za domov z navodili       DA       NE;      podpis: \_\_\_\_\_  
 (pripravi lekarna)

Zdravilo	Oblika in doza	Način jemanja	Dana količina

## Opomnik za pomanjkljivosti popisov bolezni\_Priloga II

Bolnišnica:	Številka papisa:
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	Socialna in družinska anamneza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Spraševanje po organskih sistemih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Fovzetek 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 polasnilu	<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 implantatov	<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	Fovzetek 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