

## KLINIČNA POT – CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA PRI TOTALNI ENDOPROTEZI KOLKA

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

	Ambulantni, dne:	Zdravnik:	Predoperativni, dne:
<b>Ortopedski pregled:</b>			
<b>Anesteziološki pregled:</b>			

Datum sprejema v bolnišnico: \_\_\_\_\_

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

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

Vrsta proteze: \_\_\_\_\_

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 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: \_\_\_\_\_

<p><b>Etiologija (diagnoza pred primarno op.)</b></p> <p><input type="checkbox"/> idiopatska artroza</p> <p><input type="checkbox"/> reumatoidni artritis</p> <p><input type="checkbox"/> posledice travme</p> <p><input type="checkbox"/> posledice displazije</p> <p><input type="checkbox"/> posledice displazije z luksacijo</p> <p><input type="checkbox"/> posledice epifiziolize ali Mb. Perthes</p> <p><input type="checkbox"/> ankilozantni spondilitis</p> <p><input type="checkbox"/> NACF (avaskularna nekroza)</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p>	<p><b>Stran OP</b></p> <p><input type="checkbox"/> desno</p> <p><input type="checkbox"/> levo</p> <p><b>Incizijsko mesto</b></p> <p><input type="checkbox"/> brez posebnosti</p> <p><input type="checkbox"/> brazgotina</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p> <p><b>RTG kolkov opravljen dne</b></p> <p>_____</p> <p><b>Predoperativni HHS:</b> _____ oz. – ni podatka</p>
<p><b>Predhodne operacije obravnavanega kolka:</b></p> <p><input type="checkbox"/> nič</p> <p><input type="checkbox"/> osteosinteza zaradi zloma femurja</p> <p><input type="checkbox"/> osteotomija</p> <p><input type="checkbox"/> druge operacije</p> <p><b>Druge ortopedske diagnoze</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>	<p><b>Kontralateralni kolik</b></p> <p><input type="checkbox"/> brez posebnosti</p> <p><input type="checkbox"/> proteza - <input type="checkbox"/> totalna</p> <p style="padding-left: 150px;">- <input type="checkbox"/> parcialna</p> <p><input type="checkbox"/> artroza</p> <p><input type="checkbox"/> ostalo _____</p>
<p><b>Sprejem in operativni poseg</b></p> <p>Bolnik seznanjen s potekom in možnimi komplikacijami op. posega <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</p>	
<p><b>Ostalo</b> _____</p> <p>_____</p>	

Podpis ortopeda	Opombe
<p>_____</p>	





## 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.

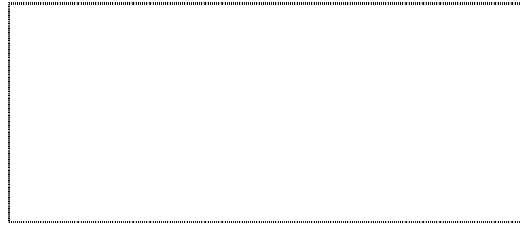
Podpis bolnika oziroma staršev ali skrbnika: \_\_\_\_\_.

Podpis lečečega zdravnika: \_\_\_\_\_.

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



**Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra**



### **Pisno soglasje za odvzem kostnega tkiva in njegovo shranjevanje v kostni banki**

Spodaj podpisani(a) \_\_\_\_\_, dovolim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrže temveč shrani v kostno banko in uporabi za zdravljenje drugih bolnikov. S spodnjim podpisom tudi potrjujem, da trenutno nisem akutno bolan(a), da nimam ugotovljene nobene hematološke, avtoimune, maligne, spolne ali druge težje kronične bolezni. Potrjujem tudi, da v preteklosti nisem prejel(a) transfuzije krvi oziroma krvnih derivatov.

### **Pisno soglasje za prejem tujega kostnega tkiva kot oblika zdravljenja**

Spodaj podpisani(a) \_\_\_\_\_, dovolim, da se kot oblika zdravljenja pri načrtovanem operativnem posegu lahko uporabi tuja kost shranjena v kostni banki, v kolikor je to potrebno. S spodnjim podpisom tudi potrjujem, da sem bil(a) izčrpno obveščena o načinu, namenu in poteku celotnega operativnega posega ter o vse znanih rizikih, in komplikacijah, ki so možne pri transplantaciji kostnega tkiva.

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

Podpis lečečega zdravnika: \_\_\_\_\_.

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



Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra

Nalepka: podatki o  
bolniku

## ANESTEZIOLOŠKI PREGLED

Oddelek: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Amb.številk: \_\_\_\_\_

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			DA	NE
Fizična aktivnost				Predhodne operacije, anestezije			
Dispnea				- komplikacije			
Pljučna obolenja				Ali je bil kakšen bližnji sorodnik operiran, je dobil anestezijo			
Težave s srcem				-komplikacije			
Zlatenica, jetrna obolenja				Zdravila, ki jih jemlje, ali jih je jemal:			
Ledvična obolenja				-kortikosteroidi			
Diabetes				-psihofarmaki			
Ginekološka anamneza patološka				-antikoagulanti			
Alergija							
Kadi				-imunomodulatorji			
Uživa alkohol				-ostalo			
				Dodatna anamneza			

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

**Status:**

<b>KOŽA</b>	Topla	Hladna					
	Suha	Vlažna					
	Rožnata	Bleda	Cianotična				
<b>GLAVA</b>	Nos prehoden		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:			
<b>Vrat</b>	Gibljivost		Popolna	Omejena			
	Ščitnica		Normalna	Eutir	Povečana		
<b>Prsni koš</b>	Oblika						
	Dihalne ekscurzije						
<b>Pljuča</b>	Poklep						
	Avskultacija						
<b>Srce</b>	Akcija	Ritmična	RR (mm Hg):		Pulz/min	Regularen	
		Aritmična				Iregularen	
	Toni						
	Šumi						
<b>Trebuh</b>							
<b>Spodnje okončine:</b>							
ASA klasifikacijski razred: 1, 2, 3, 4, E							
<b>Zaključek: Bolnik</b>		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

**Komentar [I1]:** Črtati stavek: Želim, da se moja, pri operaciji odvzeta kost, ne zavrže...., ker je na Soglasju za odvzem oz.prejem kostnega tkiva

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 življsko 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: omrtničenost 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: .....



## NEGOVALNA ANAMNEZA

## 1. SPLOŠNI PODATKI O BOLNIKU

Priimek in ime: Datum rojstva: Stalno bivališče: Začasno bivališče: Telefon:	<b>Po potrebi obvestiti</b> Priimek in ime: Sorodstveno razmerje: Bivališče: Telefon:
<b>Sprejem</b> Datum: ..... ura: ..... <input type="checkbox"/> planiran <input type="checkbox"/> nujen <input type="checkbox"/> premestitev iz .....	
<b>Alergije</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, na kaj .....	<b>Dieta</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, kakšna .....
<b>Higiensko stanje bolnika ob sprejemu</b>	
<b>Dosedanja medikamentozna terapija</b>	
<b>Zdravila, ki jih ima s seboj</b> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, katera .....	
<b>Seznanjenost bolnika (oz. skrbnika) o poteku zdravljenja</b> <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
<b>Pripomočki, ki jih bolnik prinaša s seboj</b> <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"/> .....	
<b>Dragocenosti bolnika:</b> <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 .....	
<b>Živi</b> <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	<b>Odnosi v družini</b> <input type="checkbox"/> zelo dobri <input type="checkbox"/> dobri <input type="checkbox"/> slabi
<b>Kdo bo bolniku nudil pomoč po odpustu</b> .....	<b>Potrebna povezava</b> <input type="checkbox"/> s patronažno službo <input type="checkbox"/> socialno službo <input type="checkbox"/> drugo .....





### EPIDEMIOLOŠKO SPREMLJANJE MRSA

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Bolnik je premeščen v novo bolnišnico iz druge bolnišnice, zvezne ali<br>inštitucijske inštitucije ali doma iz tujbine<br>KJE: _____ | NE | DA |
| 2. Bolnik je v zadnjem letu hospitaliziran v drugo ustanovo<br>KJE: _____   | NE | DA |
| 3. Bolnik je bil v prehodnih hospitalizacijah iz kliniki ali bolnišnic z MRSA   | NE | DA |
| 4. Bolnik iz klinične operacije vabi z MRSA   | NE | DA |
| 5. Bolnik je sodelnik na klinični presoji, pri kateri se preučuje uporaba jodnega   | NE | DA |
| 6. Bolnik je sprejet v novo ustanovo na zdravljenje kronične  | NE | DA |
| 7. Bolnik je kronični bolnik ali jemanec  | NE | DA |
| 8. Bolnik je v zadnjem letu prejel vsaj eno od naslednjih protibakterijskih terapij   | NE | DA |

**Navedite točke na MRSA odvzemanju, če imate vsaj 1 priložni odgovor:**

Vzrostnik (opustiti): \_\_\_\_\_

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



prostor za samolepilno etiketo  
z imenom, priimkom  
in matičnim indeksom

Ortopedska bolnišnica Valdoltra

## VPRAŠALNIK

Točkovanje stanja kolka - **Harris Hip Score**

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

starost: \_\_\_\_\_

Kateri kolk bo operiran: levi - desni

- ◆ pred operacijo
- ◆ po operaciji - koliko časa je minilo od operacije? \_\_\_\_\_ let \_\_\_\_\_ mesecev

- |  |                        |
|--|------------------------|
| 1. KAKO MOČNE SO VAŠE BOLEČINE?  | točke                  |
| A. jih nimam nikoli  | 44                     |
| B. so občasne, blage, ne ovirajo moje normalne aktivnosti  | 40                     |
| C. bolečine se da zdržati, ovirajo mojo aktivnost, vendar še lahko delam   | 20/30 (glej analgetik) |
| D. so močne, zelo ovirajo mojo aktivnost   | 10                     |
| E. so zelo hude, sem skoraj ves čas priklenjen-a na posteljo, oziroma sem nepokreten-a                               | 0                      |
| 2. ČE SI LAJŠATE BOLEČINE Z ZDRAVILI, PROSIMO, NAPIŠITE KATERA UPORABLJATE _____ (ad 1. C 30 za NSAR in 20 za opiat) |                        |
| 3. KAKŠNA JE VAŠA HOJA PO STOPNICAH?   |                        |
| A. normalno hodim po stopnicah   | 4                      |
| B. normalno hodim po stopnicah, če se držim za ograjo  | 2                      |
| C. po stopnicah lahko hodim, vendar le po eno stopnico naenkrat  | 1                      |
| D. po stopnicah ne morem hoditi  | 0                      |
| 4. STE SPOSOBNI STOPITI V AVTO, AVTOBUS ALI VLAK?  |                        |
| A. Da  | 1                      |
| B. Ne  | 0                      |
| 5. KAKO SEDITE?  |                        |
| A. lahko sedim na navadnem stolu več kot eno uro   | 5                      |
| B. lahko sedim na visokem stolu, največ pol ure  | 3                      |
| C. ne morem sedeti na nobenem stolu  | 0                      |
| 6. KAKO SI OBUJETE NOGAVICE IN ČEVLJE?   |                        |
| A. z lahkoto   | 4                      |
| B. s težavo  | 2                      |
| C. ne morem si obuti nogavic ne čevljev  | 0                      |
| 7. KAKŠNA JE VAŠA HOJA?  |                        |
| A. ne šepam  | 11                     |
| B. šepam malo in občasno   | 8                      |
| C. šepam zmerno  | 5                      |
| D. šepam močno   | 0                      |

## 8. KAKŠNO OPORO UPORABLJATE PRI HOJI?

A. nobene	11
B. eno palico / berglo za daljše razdalje	7
C. eno palico večino časa	5
D. eno berglo večino časa	3
E. dve palici	2
F. dve bergli	0
G. ne morem hoditi	0

## 9. KAKŠNO RAZDALJO LAHKO PREHODITE?

A. kolikor hočem	11
B. 600 metrov	8
C. 300 metrov	5
D. hodim le po hiši	2
E. le ležim in sedim / sem v invalidskem vozičku	0

## 10. MERITVE KOLKOV

		L	D	
<u>Pikrajšava:</u>	relativna	_____	_____	
	absolutna	_____	_____	
<u>Pikrajšava:</u>	0 - 2,9 cm			1
	> 3 cm			0
<u>Kontrakture:</u>	fleksija	_____	_____	
	< 30°			1
	> ali = 30°			0
	notranja rotacija	_____	_____	
	zunanja rotacija	_____	_____	
	< 10°			1
	> ali = 10°			0
	abdukcija	_____	_____	
	addukcija	_____	_____	
	< 10°			1
	> ali = 10°			0
<u>Trendelenburg:</u>		+/-	+/-	
<u>Gibljivost:</u>	fleksija	> 90°		5
		45° - 90°		3
		< 45°		0

SKUPNI SEŠTEVEK: \_\_\_\_\_



## STANDARDIZIRANI SKLOPI PREISKAV (klinična pot TE kolka)

PREDOPERATIVNE PREISKAVE: anesteziološka ambulanta, ob sprejemu

1. Sedimentacija eritrocitov
2. HEMATOLOŠKE: hemogram z DKS
3. TESTI HEMOSTAZE: PČ/INR in Aptč
4. BIOKEMIČNE: glukoza, sečnina, kreatinin, proteini, bilirubin (celokupni, direktni), elektroliti (K, Na, Cl), encimi AST, ALT, GGT, LDH; CRP
5. ANALIZA URINA

NA DAN OPERACIJE

1. DIABETIKI: glukoza (lahko POCT), elektroliti ?
2. BOLNIKI NA OAT: PČ/INR
3. BOLNIKI S TROMBOCITOPENIJO  $< 100 \times 10^9/l$ : hemogram

OSNOVNE POOPERATIVNE PREISKAVE: 1. dan pooperativna nega; dalje glede na predhodne izvide

1. HEMATOLOŠKE: hemogram
2. BIOKEMIČNE: glukoza, sečnina, kreatinin, elektroliti (K, Na, Cl)
3. ANALIZA URINA

PRVI DAN NA ODDELKU

1. HEMATOLOŠKE PREISKAVE: hemogram
2. BIOKEMIČNE PREISKAVE: glukoza, sečnina, kreatinin, elektroliti (K, Na, Cl)

KONTROLE NA ODDELKU: vsak drugi dan glede na predhodne izvide

NA DAN ODPUSTA

1. HEMATOLOŠKE PREISKAVE: hemogram
2. OAT: PČ/INR

Od. 29.1.2007 →

Komentar [I2]:

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 - γ GT	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				



## PREDOPERATIVNI DAN

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

Diagnoza	Predviden operativni poseg	
<b>Faktorji tveganja</b>		
<input type="checkbox"/> sladkorna bolezen	<input type="checkbox"/> povišan tlak	<input type="checkbox"/> srčne bolezni
<input type="checkbox"/> kajenje	<input type="checkbox"/> pljučne bolezni	<input type="checkbox"/> ledvične bolezni
Alergije na zdravila	_____	
Alergije na hrano	_____	
Ostalo	_____	
<b>Zdravila</b>		
Bolnik redno jemlje	_____	
Zdravila ima s seboj	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Zdravila v času hospitalizacije jemlje sam	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Klinični farmacevt – konziliarni pregled terapije	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
• znaki uroinfekta	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
• septični procesi	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
• predoperativni pregled anesteziologa	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
• premedikacija napisana	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
• podpis soglasij za ortopedski	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
za anesteziološki poseg	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
<b>Dodatne laboratorijske preiskave</b>		
<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA:	_____
		_____
		_____

**Informacije svojcem in odpustni plan**Informacije svojcem  DA  NE

Predviden datum odpusta \_\_\_\_\_

Način prevoza  osebni avto  reševalno vozilo  ostalo \_\_\_\_\_Bolnik odpuščen  domov drugam \_\_\_\_\_

Podpis sprejemnega zdravnika

Opombe

\_\_\_\_\_

**Meritve in ocene stanja pred operativnim posegom**

- telesna višina \_\_\_\_\_ m; telesna teža \_\_\_\_\_ kg; BMI \_\_\_\_\_;
- Vitalna kapaciteta \_\_\_\_\_
- pritisk / pulz 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
- temperatura \_\_\_\_\_ stanje kože \_\_\_\_\_ zobovje \_\_\_\_\_

**Naročena kri** NE  DA**Avtotransfuzija (AT)**

- kri za AT odvzeta  NE  DA, kje \_\_\_\_\_
- kri za AT prispela v bolnišnico  NE  DA, količina \_\_\_\_\_
- vzorec za hemogram odvzet  NE  DA

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

**Standard fizioterapevtske obravnave pacienta pri operaciji kolka:**

## 1) Predoperativna priprava pacienta obsega:

- fizioterapevtske meritve kolkov
- uravnavanje bergel
- učenje hoje po ravnem in stopnicah
- izpolnjevanje vprašalnika Harris Hip Score – vpis meritev

## 2) Kinezioterapevtski program:

- vaje za izboljšanje cirkulacije
- izometrične vaje za spodnje ekstremitete
- dihalne vaje
- pasivne, asistirane ali aktivne vaje za operiran kolk, ki se stopnjujejo glede na sposobnosti pacienta

## 3) Priprava bolnika za vstajanje:

- povijanje spodnjih ekstremitet

## 4) Vertikalizacija:

- sedenje
- stoja

## 5) Mobilizacija:

- prva hoja (učenje) z berglami ali hoduljo
- hoja po stopnicah

## 6) Zdravstvena vzgoja in navodila:

- poučimo pacienta kaj lahko in kaj ne sme delati z op. ekstremiteto in ga opozorimo na omejitve in nevarnosti
- naučimo samostojnega transfera s postelje in na posteljo
- damo in razložimo mu pisna navodila v obliki zloženke

## 7) Pred odpustom iz bolnišnice:

- meritve gibljivosti operirane ekstremitete in dolžin



podatki o bolniku										
	datum operacije _____									
<i>Ortopedska bolnišnica Valdoltra</i> <i>fizioterapevtski protokol pri operaciji</i> TP cox TP gen      PP gen D              L Drugo: _____										
	pred op.	op.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
<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>ft. meritve po OP</i>										
<i>opombe</i>										
<i>podpis fizioterapevta</i>										

	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
<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>ftt. meritve po OP</i>										
<i>opombe</i>										
<i>podpis fizioterapevta</i>										





Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra

Nalepka: podatki o  
bolniku

## OPERATIVNI DAN

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

Priprava bolnika na oddelku	dop.	pop.	noč
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Izmerjen pritisk / pulz <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Izmerjena telesna temp. <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Izmerjen krvni sladkor <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE diabetiki: zjutraj _____ mmol/l; ob _____ uri</li> <li>• Če je bolnik na oralni antikoag.terapiji: PČ: _____ /INR _____</li> <li>• Prejeta zdravila <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA, katera: <ul style="list-style-type: none"> <li>• _____ ob _____ uri</li> <li>• _____ ob _____ uri</li> <li>• _____ ob _____ uri</li> </ul> </li> <li>• Zadnji obrok hrane _____ ob _____ uri</li> <li>• Tešč <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Zadnje uriniranje _____ ob _____ uri Urinski kateter <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Zadnje odvajanje blata _____ ob _____ uri klizma: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nakit , ličila in zobna proteza odstranjeni <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Spremembe kože <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA</li> <li>• Bolnik okopan <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Operativno mesto pripravljeno <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Okončina označena <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Identifikacijska zapestnica pripravljena <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>• Spremljajoča dokumentacija <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zdravstvena dokumentacija <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>○ Klinična pot <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>○ Rentgenske slike <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>○ Laboratorijski izvidi <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> <li>○ Podpisana soglasja <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> </ul> </li> <li>• Bolnik pripravljen na transport <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</li> </ul>	OPOMBE: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolnika spremljal in predal v operacijski dvorani</li> <li>• ob _____ uri podpis _____</li> </ul>			

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





## OPERATIVNI DAN PROTOKOL OPERATIVNEGA POSEGA

Datum:



Podpis zdravnika operaterja: \_\_\_\_\_

---

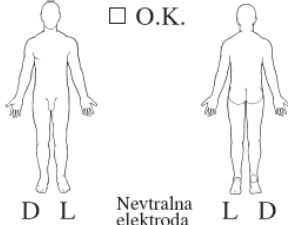



Prostor za nalepke komponent:





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"/> Polesedeči <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>Preiskave</b> <input type="checkbox"/> Bakt. <input type="checkbox"/> Študija-J.Š. <input type="checkbox"/> Histol <input type="checkbox"/> Ostalo <input type="checkbox"/> Kostna banka	
<b>Oskrba rane:</b> <input type="checkbox"/> Zloženc <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"/> Povoje <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.:
 Dvigovanje	 Blazina	 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:

TERAPIJA VEK VIKTER









# REGISTER ZA PRIMARNE KOLČNE PROTEZE (2/2)

**Komentar [I4]:** Obrazec v  
dveh izvodih

**Pristop :**

1. anteriorni,
2. anterolateralni,
3. direktni lateralni,
4. posterolateralni,
5. minimalno invazivni: -anteriorni, -anterolateralni, -lateralni -posteriorni

**Transplantacija kosti :**

1. ne,
2. v acetabulum,
3. v femur,
4. v oba dela,

**Sistemska antibiotična profilaksa :**

1. ne,
2. da,

**Trajanje operacije :**

od kože do kože ( min ) : .....

**Perioperacijski zapleti :**

1. ne,
2. da :
  - a) zlom diafize femurja,
  - b) zlom trohantra,
  - c) zlom acetabula,
  - d) nestabilnost,
  - e) večja krvavitev,
  - f) poškodba živca,
  - g) večja možnost kontaminacije,
  - h) drugo

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

## OPERATIVNI DAN ZGODNJA POOPERATIVNA OBRAVNAVA

Datum:

Pooper. RTG kolka	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Navodila za fizioterapijo in postop. nego	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Obrazec za register kolkov izpolnjen	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

Podpis zdravnika operaterja: \_\_\_\_\_

Bolnika spremljal v oddelek za postoperativno nego \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Bolnika sprejel na oddelku za postoperativno nego \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_



# INTENZIVNA NEGA

Datum:

Diagnoza:

Aneste

Dan po operaciji:

Operacija:

Operater:

**Komentar [15]:** Laboratorij: PČ namesto TT; črta se RČ; spodaj preiskave dodati Dodatne

		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
36 26 16 6	220													220			
	200													200			
	180													180			
	160	40												160	40		
	140	39												140	39		
	120	38												120	38		
	100	37												100	37		
	80	36												80	36		
	60	35												60	35		
	40	34												40	34		
V.A.S.																	
TERAPIJA																	
Prejel	per os																
	infuzija																
	transfuzija																
Izgubil	urin																
	spec. leža																
	dreni bruhanje																
ODVAJANJE																	
OBRAČANJE																	

Tel. teža Priimek in ime, datum rojstva:



**Komentar [16]:** FTH:  
asist.vaje namesto  
razgibavanje

22	23	24	1	2	3	4	5	6	OPAŽANJA IN RAZNI POSEGI	
Dieta									LABORATORIJ	
									L	glukoza
									E	sečnina
									Hb	kreatinin
									Ht	kalij
									Tr	natrij
									PTT	klorid
									TT	urin:
									INR	
									RČ	
									BILANCA TEKOČIN	
									prejel	
									urin	
									FIZIOTERAPIJA	
									vaje	
									razgib.	
									mobil.	
									PREISKAVE	

EPIKRIZA

TESKOVNA VISA, KOPER

**Komentar [17]:** Kovačević:  
 Legenda:  
 Črta se K 2 – ketonal F tbl a 100 mg,  
 N1 – Naklofen supp a 50 mg  
 N 2 Naklofen/Voltaren tbl a 50 mg  
 F – Fortral amp a 30 mgi.m.  
 Doda se:  
 D – dipidolor 15 mg  
 Pod SPREMLJAJOČA  
 TERAPIJA še:  
 A – analgin 2,5 g

E - Analgetska mešanica za EDK  
 M - Morfin 0.015-0.02 mg/kg/h v inf.  
 T 1 - Tramal 100 mg i.v. v inf.  
 T 2 - Tramal 200 mg i.v. v inf.  
 T 3 - Tramal supp à 100 mg  
 T 4 - Tadol caps à 50 mg  
 K 1 - Ketonal supp à 100 mg  
 K 2 - Ketonal F tbl à 100 mg  
 N 1 - Naklofen supp à 50 mg  
 N 2 - Naklofen/Voltaren tbl à 50 mg  
 F - Fortral amp à 30 mg i.m.  
 P 1 - Paracetamol supp 500 mg  
 P 2 - Paracetamol supp 125 mg

## KOMPLIKACIJE

Rd - Respiratorna depresija  
 Sr - Srbenje  
 Na - Navzeja  
 Br - Bruhanje  
 Op - Opstipacija  
 Ru - Retenca urina

## SPREMLJAJOČA TERAPIJA

Amyzol; Anafranil; Aurorix; Eutizon B6; Lanicor; Melleril; Metotrexat; Prazine; Propranolol; Trasicor

DIHANJE		PULZ		akselarno relativno		Datum	
-46-140		40°				Ura	
-36-120	39°	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; background-color: #e0e0e0;"> <p style="text-align: center;">Sprejeti: .....</p> <p style="text-align: center;">Opuščen: .....</p> </div>					
-26-100	38°						
-16- 80	37°						
-6- 60	36°						
Terapija							
Preiskave							
Začetna težavna Urln količina sp. teža	Tokana teža	Stolica					

Obr. 8.46

Diagnoza:

**Komentar [18]:** Pri oknu terapija: črte –enakomerni razmaki (7-8)

**Komentar [19R8]:** V prvo okno pod temperaturo napisati Prehrana

**Komentar [110]:** Povečaj format na A 3

**Diagnoza:** .....

Sprejel: .....

Odpuščen: .....

DIHANJE		Datum
PULZ		Ura
-46-140	akšilarno rektalno 40°	
-36-120	39°	
-26-100	38°	
-16- 80	37°	
-6- 60	36°	
Terapija		
Preiskave		
Zažlita insekcijska	Talasa leza	Stolica
Urin	sp. teža	
količina		

Obr. 8.46



Ortopedska bolnišnica Valdoltra - Nacrtovanje in izvajanje zdravstvene nege

Aktivnosti ZN	Intencije ZN	datum	D		P		N		D		P		N		D		P		N	
Sprejem, odpust	Zagotavljanje mikrookline																			
	Omogočanje komunikaci																			
Psihofizično ugodje	Verbalna in neverbalna komunikacija																			
	Umiranje, pomoč pri umiravanju																			
	Pomoč pri umiravanju rok																			
	Ustna nega, pomoč pri ustni negi																			
	Brilje brade, pomoč pri brilju brade																			
	Nega nog in nohtov																			
	Ano genitalna nega																			
	Kopel																			
Skrb za osebno higieno in urejenost okolice	Umiranje glave																			
	Prestiljanje postelje																			
	Postiljanje postelje																			
	Pomoč pri oblačenju in obuvanju																			
	Čiščenje neposredne bolnikove okolice																			
	Priprava posteljne anote																			
	Menjara položajev v postelji																			
	Povijanje nog, namskeanje el. nogavic																			
Gibanje in lega	Pomoč pri posedanju, vstajanju																			
	Pomoč pri hoji																			
	Prelaganje, transport, spremljevanje																			
Izogibanje nevarnostim v okolju	Namestitev varovalne ograjice, ovirnic																			
	Posreden nadzor																			
	Namočanje ustreznih prehrane																			
	Hranjenje																			
Hranjenje in pije	Pomoč pri hranjenju in pitju																			
	Beležanje prejele tekočine																			
	Priprava napitkov																			
	Pomoč pri brljanju																			
Odvajanje in izločanje	Nazgastrična sonda, pomoč pri uvajanju																			
	Pomoč pri izločanju urina																			
	Uvajanje urinškega katetra ♀																			
	Pomoč pri uvajanju urinškega katetra ♂																			

Ortopedska bolnišnica Valdoltra Nachtovanje in izvajanje zdravstvene nege	datum	D		P		N		D		P		N		D		P		N		
Merjenje in beleženje dihanja	Merjenje in beleženje specifične teže urina																			
	Merjenje in beleženje specifične teže urina																			
	Praznjenje menjava urinske veecke																			
Odvajanje in izločanje	Okstranitev urinskega katetra																			
	Pomoč pri odvajanju blata																			
	Uvajanje črevesne cevke																			
Nega stome	Aplikacija kizme																			
	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 terapijski posegi	EKG																			
	Aplikacija O <sub>2</sub>																			
	Aspiracija dihalnih poti																			
Zdravstvena vzgoja	Nadzor s pomočjo monitorja																			
	Merjenje SaO <sub>2</sub>																			
	Aplikacija zdravil																			
Nega umlega bolnika	Prilagoditev pri i.a. inji																			
	Preveza rane																			
	Dreni																			
Zbiranje in kompletiranje bolnikove dokumentacije	Refundiranje krvi																			
	Me njava dre njaž ne sie klenice																			
	Zagotavljanje detoriranja aktivne drenaze l.v. kanal																			
Opomba:	Odvzem vzorcev krvi																			
	Odvzem in pošiljanje bioloških vzorcev na preiskave																			
	Prilagoditev pri operativni poseg																			
Podpis vodje ZN tima:	Pomoč pri marširanju																			
	Zdravstvena vzgoja																			
	Prilagoditev pri spanju																			
Nega umlega bolnika	Nachtovanje odpusta																			
	Obvestilo službi ZN																			
	Nega umlega bolnika																			
Opomba:	Zbiranje in kompletiranje bolnikove dokumentacije																			

Podpis vodje ZN tima:

vak 08/05

## FIZIOTERAPEVTSKE MERITVE

### Gibljivosti sklepov

Priimek in ime:

Rojstni datum:

Diagnoza:

**Komentar [I11]:** Popravi:  
namesto PRIKRAJŠAVA  
EKSTREM. SE NAPIŠE dolžina  
ekstrem.

DESNO						LEVO				
						<b>KOLK</b>				
						Fleksija				
						Retrofleksija				
						Abdukcija				
						Addukcija				
						Notranja rotacija				
						Zunanja rotacija				
						<b>KOLENO</b>				
						Fleksija				
						Valgus				
						Varus				
						<b>STOPALO</b>				
						Dorzal. fleksija				
						Plant. fleksija				
						Inverzija				
						Everzija				
						<b>ATROFIJA STEGNA</b>				
						<b>PRIKRAJŠAVA EKSTREM.</b>				
						Spina				
						Popek				
						<b>FUNKCION. POVIŠICA</b>				

DESNO						LEVO				
					<b>RAMENSKI OBROČ</b>					
					Elev. skozi antefl.					
					Elev. skozi abduk.					
					<b>RAMENSKI SKLEP</b>					
					Antefleksija					
					Retrofleksija					
					Abdukcija					
					Horiz. addukcija					
					Interna rotacija					
					Externa rotacija					
					<b>KOMOLEC</b>					
					Fleksija					
					Pronacija					
					Supinacija					
					<b>ZAPESTJE</b>					
					Dorz. fleksija					
					Volarna fleksija					
					Radialna deviacija					
					Ulnarna deviacija					

Opombe:





## FORMULAR OB ODPUSTU

**Komentar [I12]:** Obrazec v  
dveh izvodih

Bolnik(-ca) \_\_\_\_\_, MI: \_\_\_\_\_

po vstavitvi proteze v:

- kolk
- gleženj
- koleno
- ramo
- komolec

oz. po operaciji:

- hernie disci
- osteotomiji tibije
- halux valgusa

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

1. Ni bilo komplikacij
2. Komplikacije pri anesteziji
3. Hematom
4. Okužba
5. Globoka venska tromboza
6. Pljučna embolija
7. Luksacija proteze
8. Pareza živca
9. Nekroza rane
10. Psihoza
11. Zlom
12. Smrt
13. Ostalo: \_\_\_\_\_
14. Kardio-vaskularni zapleti

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

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



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...

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

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



Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra

## OBVESTILO ZDRAVNIKU

### DIAGNOZE:

### KODA OPERATIVNEGA POSEGA:

Gospod/gospa \_\_\_\_\_, sprejet/a dne \_\_\_\_\_, zaradi predvidene vsaditve umetnega kolka/kolena.

V anamnezi navaja bolečine v levem/desnem kolku/kolenu \_\_\_\_\_ let, ki so posledica \_\_\_\_\_. (Povzetek kliničnega stanja pred op) V splošnem statusu ob sprejemu ni posebnosti. Lokalni status pokaže omejeno gibljiv/o desni/levi kolk/koleno, ki po Harrisu/KSKS doseže \_\_\_\_\_ točk.

RTG slika pred operacijo: (opis)

Operiran/a dne \_\_\_\_\_. Vstavimo mu/ji (tip proteze). Na post operativni RTG sliki dober položaj endoproteze. Po operaciji je afebrilen/a, normotenziven/a. Prejema analgetika, svojo internistično terapijo. Proti trombozi je zaščiten/a s/z (vrsta antikoagulantne terapije), katerega naj prejema do 35. post operativnega dne. Post operativna fizioterapija poteka po programu, rana celi per primam.

Laboratorijski izvidi ob odpustu: \_\_\_\_\_

DOMA: kontrola hemograma, trombocitov čez teden dni pri svojem zdravniku. V primeru nižjih vrednosti trombocitov od referenčnih, kontrola pri internistu glede nadaljnje post operativne profilakse (*oziroma kontrola PČ/INR, če je bila uvedena oralna antikoagulantna terapija*)

Odstranitev šivov v domačem ZD 14. post operativni dan, obremenjevanje do bolečine, postopno opuščanje bergel.

Čez mesec dni bolnika/co napotiti na post operativno rehabilitacijo v \_\_\_\_\_.

KONTROLA: pri nas dne \_\_\_\_\_.

V primeru kakršnega koli poslabšanja stanja, kontrola pri nas takoj.

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

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







## ODPUST

ŠE NEDOKONČANO: **ODPUST**

Obvestilo službe ZN spremlja bolnika  DA  NE; podpis: \_\_\_\_\_

Opcija:

Navodila ob odpustu izdana bolniku:

- lekarna:  DA  NE; podpis: \_\_\_\_\_

- ZN:  DA  NE; podpis: \_\_\_\_\_

- ostalo...  DA  NE; podpis: \_\_\_\_\_

Podaljšana medikamentozna terapija

Izpolni lekarna

Bolnik prejel ob odpustu:

recept za podaljšano terapijo  
navedi: \_\_\_\_\_

zdravila za dolžino terapije: \_\_\_\_\_

farmacevtska skrb

pisna navodila o uporabi zdravil

medicinski pripomoček  
navedi: \_\_\_\_\_

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

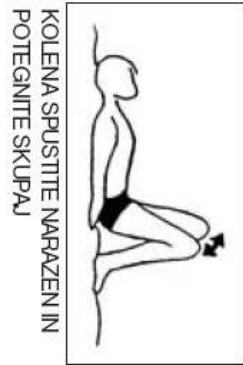
## Opomnik za pomanjkljivosti popisov bolezni\_Priloga II

Bolnišnica:	Številka popisa:
Oddelek:	

Nalepka pacienta:

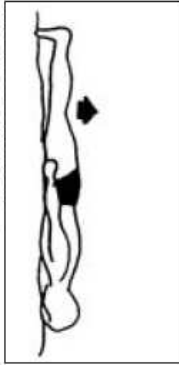
		Da	Ne	Opomba
1	Podatki identifikacije bolnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Anamneza, ki vsebuje: glavno težavo, zaradi katere je bolnik poiskal pomoč	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Podrobnosti sedanje bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Pomembne bolezni v preteklosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Socialna 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

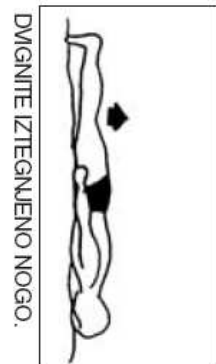
PRIMER NAVODIL, KI JIH LAHKO DOBI BOLNIK OB ODPUSTU:

KOLENA SPUSTITE MARAZEN IN  
POTEGNITE SKUPAJ

Lezite na trebuh

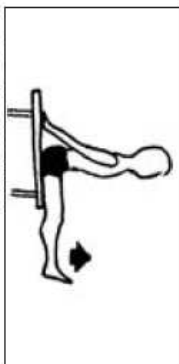


UPRITE SE NA PRSTE,  
DVIGNITE KOLENA OD PODLAGE  
TER ISTOČASNO STISNITE  
ZADNICO.

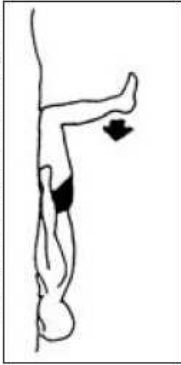


DMIGNITE IZTEGNJENO NOGO.

Sezite z nogami preko roba postelje,  
oprte se na iztegnjene roke.



IZTEGNITE KOLENA,  
STOPALA POTEKNITE K SEBI.



SKRČITE KOLENA IN STEGNITE.



**SAMO ZA INTERNO  
UPORABO!**

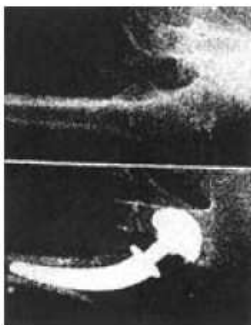
**Ortopedska bolnišnica  
Valdoltra**

**FIZIOTERAPIJA**

**NAVODILA BOLNIKOM  
PO OPERACIJI KOLKA**

**KAJ JE KOLKA?**

Kolk je sklep med trupom in nogo.  
Sestavljen je iz **ponvice** - sklepna  
površina na medenici in **glavice**, ki je  
na koncu stegnenice.



**KAJ JE ENDO PROTEZA KOLKA?**

Sestavna dela umetnega sklepa -  
endoproteze sta **ponvica** in **kolčna**  
**glavica**.  
Narejena je iz litine kovin, ki so tako  
prilagodene, da jih telo čim boljše  
sprejme.  
Z operativnim posegom zdravnik -  
kirurg vstavi v telo umetne dele,  
ki nadomestijo sam sklep.

**FIZIOTERAPIJA PO OPERACIJI**

Po peraciji vas bomo naučili pravilno izvajati vaje poseadati, vsigati ter pravilne hoje z berglami tako po ravnem kot po stopnicah.

• **Bergle morate uporabljati do kontrolnega pregleda** pri zdravniku - operaterju.

• **Ne usečajte se na nizko** (klopi, pručke ... pod 50 cm). Za straniščno školjko si priskrbite nastavek.

• **Ne križajte nog.**

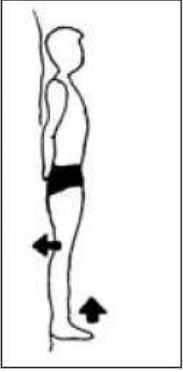
• **Hoja po stopnicah**

NAVZGOR - zdrava noga, operirana noga in bergle (lahko skupaj), NAVZDOL - bergle, operirana noga, zdrava.

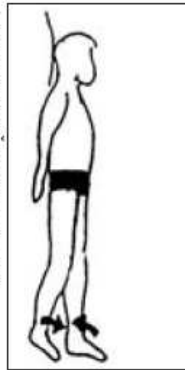
**VAJE PO OPERACIJI**

Vaje izvajajte dvakrat dnevno na trdi podlagi. Vsak gib ponovite 8 - 10 krat.

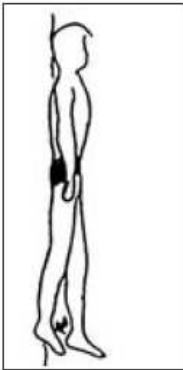
*Ležite na hrbet, nogi sta iztegnjeni!*



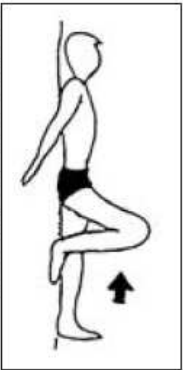
**KOLENA PRITISNITE OB PODLAGO, STOPALA POTEKNITE K SEBI.**



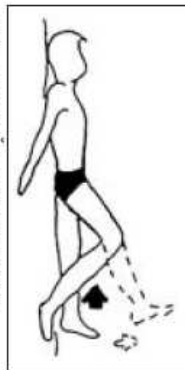
**NOGI POLOŽITE NARAZEN, OBRNITE OBE NOGI NAVZNOTER, ZADRŽITE, SPROSTITTE.**



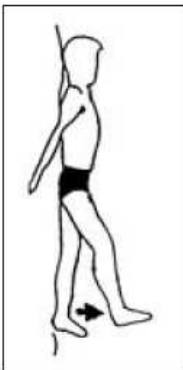
**IZTEGNJENO NOGO ODMAKNITE V STRAN, STOPALO MORA BITI VES ČAS OBRNJEHO PRAVOKOTNO NA PODLAGO.**



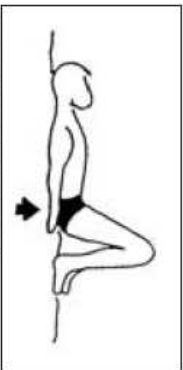
**SKRČITE KOLENO TAKO, DA DRSITE S PETO PO PODLAGI IN STEGNITE.**



**NOGO SKRČITE PO PODLAGI, IZTEGNITE NAVZGOR - V ZRAK, POČASI POLOŽITE IZTEGNJENO NOGO NA PODLAGO.**



**DMIGNITE IZTEGNJENO NOGO.**



**DMIGATE MEDENICO OD PODLAGE.**

*Skrčite noge v kolenih, stopala položite plosko na podlago.*