

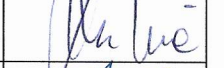



Oznaka dokumenta: OPE KP 023	Naslov: KLINIČNA POT ZA HOSPITALNO OBRAVNAVO ZLOMA OBRAZNIH KOSTI
Datum veljavnosti: 18.01.2022	verzija: 1.0

IME IN PRIIMEK, strokovni naziv/naziv funkcije, OE		datum odobritve	podpis
Pripravljaivec:	Peter Weber, dr.med., dr. dent. med., specialist maksilofacialne kirurgije	4.1.2022	
Potrjevalec:	Matic Polak, dr.med., dr. dent. med., specialist oralne kirurgije	4.1.2022	
Podpisnik:	v. d. strokovnega direktorja red. prof. dr. Radko Komadina, dr. med., višji svetnik, specialist splošne kirurgije in specialist za travmatologijo	4.1.2022	
Skrbnik:	dr.med., dr. dent. med., specialist maksilofacialne kirurgije (Tomaž Špindler)	4.1.2022	

Podatki o dokumentu		Stopnja zaupnosti -
Sklic na podrejene dokumente: (naslov, datum veljavnosti, verzija)	/	
Mesto objave:	Intranet SB Celje	
EKN (rok hrambe):	6001 (T)	
Signirni znak:	/	

Zgodovina (evidenca) sprememb dokumenta	
datum/verzija	kratek opis sprememb (navedba točk)

Letni pregled dokumenta		
Datum	ustreza / ne ustreza	skrbnik

KAZALO

1.	NAMEN	3
2.	CILJI	3
3.	POTREBNI VIRI	3
4.	KAZALNIKI KAKOVOSTI	3
5.	POSTOPEK	4
5.1	Hospitalna obravnava pacienta	4
5.2	Obravnava pacienta v operacijskih prostorih	5
5.3	Obravnava pacienta na oddelku	5
5.4	Odpust pacienta	6
5.5	Kontrolni pregled	6
6.	ZAPIS ODKLONOV	6
7.	PRILOGE	6

1. NAMEN

Prikaz smotrnega zaporedja aktivnosti pri obravnavi poškodovanca z zlomom obraznih kosti.

2. CILJI

- Optimizirano zdravljenje pacientov po najnovejših slovenskih smernicah za hospitalno obravnavo zloma obraznih kosti v namen doseganja funkcionalnosti in estetike po zdravljenju.

3. POTREBNI VIRI

- Človeški:
 - 2 zdravnika - spec. MAFA, pripravnik ali specializant, zdravnik anesteziist – spec. anest.;
 - SMS/DMS v spec. ambulanti, 2 DMS inštrumentarki, 1 DMS anestezije, SMS/DMS v opazovalni enoti;
 - bolničar;
 - administratorica.
- Materialni
 - operativni kirurški set: I. osnovni ali II. osnovni,
 - operativni kirurški set za mandibulo ali maksilo,
 - set za pokrivanje, plašči, sterilne kirurške rokavice, kape, vizirji, maske,
 - stroj za osteotomijo, ročnik in svedri, troakar
 - set za umivanje,
 - set za vezavo kamb in ligatur,
 - set klešč za ekstrakcijo, luksator, Beinov vzvod/elevator, odpiráč,
 - diatermija, elektronož, aspirator,
 - sanitetni material, Ultracain, mazilo za oko, Garamicin mazilo,
 - po posegu: ledvička, gel za hlajenje, 1 kozarec za čaj, 2 rjuhi, prevleka za odejo, prevleka za vzglavnik, copati, pižama,
 - šivalni material,
 - obvezilni material (obliž, steristrip, mikropor mrežica)

4. KAZALNIKI KAKOVOSTI

- Zadovoljstvo pacienta z okluzijo, funkcijo in izgledom.

Osebni podatki pacienta

Prostor za nalepko

5. POSTOPEK
5.1 Hospitalna obravnava pacienta

	Diagnoza:	Fractura ossis		
	Predviden operativni poseg:	Repozicija zloma obraznih kosti z interno fiksacijo v splošni anesteziji		
ZDR	Datum prvega pregleda, zaradi poškodbe na MAFA: _____ . _____ . 20____	Izvid priložen:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
	RTG/CT obraznih kosti:		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
	Specialist, ki je postavil indikacijo za operativni poseg	SKA ŠPI WEB MAT POL		
	<i>Legenda: SKA=Skamagkoulis, ŠPI=Špindler, WEB=Weber, MAT=Matek, POL=Polak</i>			
ZDR	SMP OP 001 0B02 V 003 - Podpisan pristanek bolnika / staršev / skrbnika na op. poseg	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 001 0B01 V 001 – Privolitev pacienta za izvajanje zdravstvene oskrbe in dajanje informacij o zdravstvenem stanju	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 006 0B01 V 001 – Podpisana privolitev/zavrnitev izvajanja anestezijskih postopkov po pojasnilu	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 006 0B02 V 001 – Predoperativni vprašalnik za anestezijo	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 001 0B04 V 2.0 – Kirurški varnostni kontrolni seznam za operacijski poseg	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 001 0B05 V 001 – Sprejemni dokument zdravstvene nege	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 001 0B07 V 001 – Temperaturni list-kirurški oddelki	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
	SMP OP 001 0B06 V 001 – Načrt zdravstvene nege pacienta	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
ZDR	Alergije:			
	Zdravila:			
	Tešč:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Opombe:				
Podpis/žig sprejemnega zdravnika:		Datum:	Ura:	

5.2 Obravnava pacienta v operacijskih prostorih

Sprejem pacienta v operacijsko sobo		
Dokumentacija popolna:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Ima identifikacijsko zapestnico:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Medoperacijski inštrumentarski protokol izpolnjen:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Podpis inštrumentarke:	Datum:	Ura:

OPERATIVNI POSEG: Repozicija zloma obraznih kosti z interno fiksacijo v splošni anesteziji			
Izid posega:	ustrezna repozicija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
	ustrezna okluzija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
	nevrovaskularne težave	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Evidenca kliničnih posegov izpolnjena:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Podpis operaterja:	Datum:	Ura:	

ANESTEZIJA		
Anestezijski zapisnik izpolnjen:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Podpis anesteziologa:	Datum:	Ura:

5.3 Obravnava pacienta na oddelku

ČAS SPREJEMA V SOBO ZA OPAZOVANJE PO OPERATIVNEM POSEGU URA:			
Stanje zavesti:	spi	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
	zaspan	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
	buden	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Nastavljen list za merjenje vitalnih funkcij:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Aplikacija predpisane terapije:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Kategorizacija bolnikov:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Podpis MS/ZT:	Datum:	Ura:	

5.4 Odpust pacienta

Interna fiksacija / osteosintetski material na mestu:		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pisna/ustna navodila ob odpustu:		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Terapija ob odpustu:		<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Zaključek obravnave:	Datum:	Ura:	
Opombe:			
Datum kontrole:	____ . ____ . 20__		
Odpustni zdravnik:	Datum:	Ura:	

5.5 Kontrolni pregled

Zunanja fiksacija odstranjena:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pacient zadovoljen s funkcijo/ugrizom/izgledom:	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Opombe:		
Podpis zdravnika:	Datum:	Ura:

6. ZAPIS ODKLONOV

Datum, ura	Zapis odklonov, posebnih dogodkov in stanj	Podpis

7. PRILOGE

Oznaka dokumenta	Naziv dokumenta
KČo-01	Navodila pacientu ob odpustu iz bolnišnice po operativno oskrbljeni poškodbi v predelu obraznih kosti