

Oznaka dokumenta: NEO KP 003	Naslov: KLINIČNA POT ZA FOTODINAMIČNO TERAPIJO (FDT)
Datum veljavnosti 1.9.2022	verzija: 3.0

IME IN PRIIMEK, strokovni naziv/naziv funkcije, OE	datum odobritve	podpis
Pripravljavec: prim. mag. Ana Benedičič, dr. med., specialistka dmv	8.8.2022	<i>[Signature]</i>
Potrjevalec: Nataša Koser Kolar, dr. med., specialistka dmv, v.d. predstojnice	8.8.2022	<i>[Signature]</i>
Podpisnik: Strokovni direktor, mag. Franc Vindišar, dr. med.	8.8.2022	<i>[Signature]</i>
Skrbnik: Prim. mag. Ana Benedičič, dr. med.	8.8.2022	<i>[Signature]</i>

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

Zgodovina (evidenca) sprememb dokumenta	
datum/verzija	kratak opis sprememb (navedba točk)
002	Dodana dnevna FDT, deloma spremenjena oblika dokumenta
003	Spremembe v preparatih za izvajanje terapije polja Tč.3, Tč.5,1) in naboru dodatnih Dg za FDT (Tč.4)

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	Povzetek indikacije in predhodnih obravnav s FDT– že v ambulanti pred sprejemom	4
5.2	Sprejem pacienta v enodnevni hospital za izvedbo FDT:	5
6.	ZAPIS ODKLONOV (dogodki, ki odstopajo od klinične poti)*: NE / DA: (Kaj? Zakaj?) (DR / ZN):	9
7.	PRILOGE (obrazci)	9

1. NAMEN

Standardizacija aktivnosti, priprava pacientov na poseg, sledenje odklonov.

2. CILJI

Optimizacija zdravstvene obravnave.

3. POTREBNI VIRI

• materialni:

- fotosenzibilizator: 5-ALA (npr. 20% ALA v magistralni podlagi, Ameluz® gel, Levulan®) ali MAL (npr. Metvix® / Metvixia®)
- ostali materiali za pripravo bolnika na poseg FDT: lesen loparček, okluzivni PU film, alu folija, zloženci, krep povoj in micropore trak, 0,9% sol. NaCl, Ol. Olivae, Belo hladilno mazilo, analgetik v tbl (običajno 2 tbl paracetamola 500mg), ev. kemični zaščitni pripravek s SZF 30 ali več, ev. topikalni anestetik (npr. Emla® krema), mineralni preparat za zaščito pred soncem s SZF 50+ do 100 (npr. Eucerin Actinic Control), ev. Oxy® sterilni sprej.
- ob potrebi infiltracijske anestezije: lokalni anestetik (npr. 2% lidokain sol.) in set za injiciranje anestetika,
- razkužilo za delovne površine ter razkužilni robčki za zaščitne pokrovčke in očala,
- sterilna kireta,
- razkužena zaščitna očala za osebje in zaščitni pokrovčki za pacienta,
- pralna zaščita pacienta ob kiretaži (npr. frizersko ogrinjalo), pralna posteljnina in zaščita za preiskovalno posteljo v času izvajanja obsevalne terapije,
- Woodova svetilka,
- FDT aparat: s-Saalmann PDT–FDAP–Komplex (530nm; 625nm) / bf-Biofrontera (635±9nm).

• finančni:

- amortizacija obsevalne luči in ostale opreme,
- prehrana v času hospitalizacije,
- elektrika za obsevalno luč in ventilator za hlajenje,
- uporaba opreme za namestitev pacienta v času hospitalizacije in v času obsevalne terapije, čiščenje.

• človeški:

- DR - zdravnik 2 x 1h
- ZN - DMS 2 x 1h in ZT 5 - 6 ur (oskrba v času okluzivne terapije in priprave na obsevanje)
- A - administrator 2 x 0,5h.

4. KAZALNIKI KAKOVOSTI

- Delež potrebnih prekinitev / skrajšanja izvajanja FDT zaradi bolečine.

Osebni podatki bolnika:

Prostor za nalepko

Datum sprejema bolnika v dnevni hospital:

Skrbnik / Spremljevalec / Kontaktna oseba:
Priimek in ime:
Tel. št.:
Sorodstveno razmerje:
Tel. št. mobilnega telefona pacienta:
Opombe:
Št. protokola v registru:

5. POSTOPEK
5.1 Povzetek indikacije in predhodnih obravnav s FDT – že v ambulanti pred sprejemom

DIAGNOZA, ZARADI KATERE JE PREDVIDENA FDT (DR):			
	MKB šifra	Diagnoza	Lokacija predvidene izvedbe FDT; barva vidne svetlobe (R-rdeča / Z-zelena / d-dnevna)
1			(R/Z/d)
2			(R/Z/d)
Opombe:			

PREDHODNA FDT (DR): <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da (vpiši predhodne FDT iz dokumentacije!)						
Št.	ustanova	Čas (m / l)	Reg.št.	diagnoza	fotosenzibilizator	FDT (R / Z / dnevna) in čas (min)
1.						
2.						
3.						

POVZETEK PREDHODNIH OBRAVNAV ZARADI ISTE DIAGNOZE in OPOZORIL OB SPREJEMU (DR): obkroži ustrezno / navedi						
Dg () in leto prve obravnave () pacienta po principu terapije polja; ter način izvedbe: Picato®/Aldara®/Zyclara®/FDT: Z – R – dnevna /						
Sedanja FDT kože (obkroži / navedi): AK / sBCC / MB / druga Dg: - leto () in starost pacienta: let						
Povzetek poteka sedanje bolezn i in načinov zdravljenja, učinek in morebitni stranski učinki na dosedanjo terapijo:						
Alergijske reakcije doslej (na lokalna ali sistemska zdravila / dg sredstva / pike / drugo): NE / DA: <input type="checkbox"/> Dg ni <input type="checkbox"/> ima Dg:						
Preobčutljivostne reakcije ob izpostavljanju soncu: NE / DA: <input type="checkbox"/> Dg ni <input type="checkbox"/> Dg ima (Kaj? Kdaj?):						
Druga pomembna opozorila (migrenski napadi, epilepsija, ipd.): NE / DA: <input type="checkbox"/> nima <input type="checkbox"/> ima (Kaj?):						
Terapija na področju predvidene FDT v zadnjem mesecu SISTEMSKO / LOKALNO (redna / občasna; po navodilu Z / sam), ki povzroča fotosenzibilnost kože: NE / DA (Kaj? Kdaj nazadnje?):						
Pacientu posredovane informacije za paciente: Zdravljenje s fotodinamično terapijo (kat. oznaka Ida - 10) ; film Aktinična keratoza: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE						
Žig / šifra napotnega DR:		Parafa napotnega DR:		Datum:		Ura:

5.2 Sprejem pacienta v enodnevni hospital za izvedbo FDT:

Izbrana FDT - glej protokol <i>Izvedba FDT (NEO PT 002)</i>:	a) FDT z dnevno svetlobo b) klasična FDT: Z / R: malo ali veliko polje					
DR, ki sprejema pacienta in nadzira izvedbo FDT:	Žig / šifra:	Parafa DR:	Datum:	Ura:		

VPIS PACIENTA (A): NE / DA (Kdo?):	
Kontrola KZZ in izpis nalepk:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Kontrola napotnice in morebitnim samoplačnikom izdaja obrazca z opozorilom glede potrebe plačila:	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Kontrola potrebne dokumentacije (ambulantni karton, hospitalni popisi, zahtevani izvidi, npr. laboratorijski):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Kontrola izpolnitve potrebnih obrazcev (priprni na KP FDT):	
- Privolitev pacienta za izvajanje zdravstvene oskrbe in dajanje informacij o zdravstvenem stanju (SMP OP 001 OB01):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (Zakaj?):
- Privolitev v fotografiranje in objavo podatkov (NEO KP 003 OB01):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (Zakaj?):
- Seznam zdravil pacienta (NEO KP 003 OB02):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (Zakaj?):
- Vprašalnik za paciente z neoplazijo kože (NEO KP 003 OB03):	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (Zakaj?):
Vpis v računalniški sistem (čas:) in nastavitev kartona (nov karton dodamo k obstoječim): <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (Zakaj?):	
Vpis v letni seznam po vrsti FDT: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE (Zakaj?):	Zaporedna REG.ŠT. predhodne FDT:

MERITVE (ZN): NE / DA (Kdo?):	
Priprava temperaturnega lista: (pacientovi podatki, podatki o napotnici) ter vpis meritev:	
RR:	DESNO: / mmHg LEVO: / mmHg TT: kg TV: cm
ITM:	kg/m ² Ocena hranjenosti prenizka – normalna - čezmerna teža – debelost - huda debelost
T.Temp.:	pazduha: °C ali uho: °C Drugo (vpiši):

Legenda: TV: telesna višina, TT: telesna teža, ITM: indeks telesne mase, RR: krvni tlak, T.Temp: telesna temperatura

PREGLED IN PRIPRAVA DOKUMENTACIJE (DR): Zapis naslednjih podatkov na temperaturni list (SMP OP 001 OB09):	
Pacientove diagnoze: NE / DA (temperaturni list: Kaj? Leto Dg?):	
Redna sistemska terapija (ime zdravila, doza in razporeditev odmerkov): NE / DA (Temperaturni list !):	
Katerih zdravil na dan FDT pacient NI VZEL (npr. Aspirin, ipd.): Vzel vse (Temperaturni list !) / Ni vzel (Česa?):	
Pomembni podatki iz vprašalnikov in OPOZORILA (npr. občutljivost na svetlobo, alergije na zdravila (analgetike!), glavoboli / migrena, epilepsija v preteklosti ipd.): NE / DA (Kaj?):	

1. ANAMNEZA (DR) Ali je v zadnjih 3 mesecih preboleval/a (Kdaj?, Zdravljenje - kaj, do kdaj?): (obkroži oz. vpiši):	
- splošno okužbo in/ali antibiotično terapijo NE / DA:	<u>Droge:</u> NIKOLI / DA: (Vrsta, količina, kdaj nazadnje vzel?):
- vnetje kože na področju predvidene FDT: NE / DA:	<u>Kajenje:</u> NIKOLI / DA: prej / sedaj: št. let: , povprečno št. cigaret / dan:
- drugo težjo sistemsko bolezen (Katero?): NE / DA:	<u>Alkohol:</u> NE / DA: (Vrsta, količina, kdaj nazadnje pil?):
↳ kakšna terapija, zadnja doza:	<u>Gibanje:</u> NE / DA: Bp (samostojno na prostem) - omejeno / min. na prostem - le v bivalnem okolju

Usmerjena splošna anamneza: Trenutne pomembne splošne težave: NE / DA: (označi spodaj/ napiši):	
- srbenje kože NE / DA: (Kje?)	- težave pri dihanju NE / DA: (Kakšne?):
- bolečine NE / DA: (Kje?)	- omotica, vrtoglavica, itd.: NE / DA: (Koliko časa, stanje na dan FDT?):
- otekline NE / DA: (Kje?)	- drugo NE / DA: (Kaj?)

2. KLINIČNI PREGLED (DR)	
Splošni status (orientacijska ocena):	
- splošna prizadetost: NE / DA: (Kakšna?):	- kardio - respiratorna de - kompenziranost: NE / DA: (Kaj?):
- motena orientiranost in psihična stabilnost NE / DA: (Kaj?):	- pripravljenost za upoštevanje navodil: DA / NE: (Zakaj?):
Pomembne posebnosti, ki izstopajo na posameznih delih telesa:	
- glava in vrat: NE / DA:	- zg. okončine: NE / DA:
- prsni koš : NE / DA:	- sp. okončine: NE / DA:
- trebuh: NE / DA:	- drugo: NE / DA:
Usmerjeni dermatovenerološki status – Stopnja aktinične prizadetosti kože obraza: blaga – zmerna – huda	
Druge posebnosti na koži / sluznicah (ustnice, usta / veznice / oči / spolovilo / zadnjik):	

3. MOREBITNA DODATNA DIAGNOSTIKA (DR): NE / DA: (označi / navedi):	
- probatorna ekscizija kože za tkivno diagnostiko: NE / DA: (Kje?): _____ datum: _____	- laboratorij: NE / DA: (Kdaj? Pt izvid?): _____
↳ H izvid: datum _____, št. izvida: _____, Dg: _____	- drugo: NE / DA: (Kaj? Kdaj? Pt izvid?): _____

4. INDIKACIJE ZA FDT (DR) z zeleno (Z) ali rdečo (R) svetlobo (obkroži / dopiši):		
št.	Indikacija (obkroži / vpiši)	Običajna shema
1.	Aktinične keratoze (AK): st.I ± st.II ± st.III	<u>37-99J/cm²</u> : Z / R / dnevna : 1x - pp 2x v 1 - 3 mesecih
2.	Površinsko rastoči bazalnocelični karcinom (sBCK)	<u>99J/cm²</u> : R: 2-3x na 7 dni, pp ponovitev (cikla) po 4 in /ali 12 tednih
3.	Mb. Bowen (MB)	<u>99J/cm²</u> : R: 1-3x na 7 dni, pp ponovitev (cikla) po 4 in /ali 12 tednih
4.	Nodularni bazalnocelični karcinom (nBCK) do 0,2 / do 0,5cm	R:
5.	Drugo (?lokal. plaki kožnih T-celičnih limf.; epidermalne displazije po transpl. organov; dodatna terapija ektramamarne lokacije Mb. Paget)	(Vpiši načrtovani protokol !)

5. KONTRAINDIKACIJE ZA FDT (DR) (označi / navedi katera in dopiši eventualni ukrep, npr. izrez nevusa):							
KOŽNE (absolutne in relativne)	obkroži			DRUGE	obkroži		
alergija na fotosenzibilizator, parabene	-	?	+	migrena izzivna s svetlobo	-	?	+
porfirije / druge fotodermatoze	-	?	+	epilepsija izzivna s svetlobo	-	?	+
alergija na vidni spekter sončne svetlobe	-	?	+	fotoreaktivnost* ob zdravlilu	-	?	+
lezije globlje od 0,3 cm	-	?	+	težje bolezni ledvic / jeter	-	?	+
lupus erythematosus / druge SBVT	-	?	+	nestabilna angina pectoris	-	?	+
xeroderma pigmentosum, albinismus	-	?	+	nevrovegetativna distonija	-	?	+
vitiligo na mestu FDT	-	?	+	nosečnost / dojenje	-	?	+
vnetje/sončna opekline/displ.nevus ali susp.melanom na predelu FDT	-	?	+	slabo sodelovanje pacienta (opiši):	-	?	+
drugo na koži mesta FDT:	-	?	+	drugo (opiši):	-	?	+
*Pogosteje fototoksična zdravila: amiodaron, fluorokinoloni, furokumarini, furosemid, tiazidi, fenotiazini, tetraciklini, psoraleni, klorokin, fluorouracil, metotreksat, nalidiksična kislina, naproksen, piroksikam, NSAR, vinblastin, ... Pogosteje fotoalergena zdravila: antimalariki, kloropromazin, grizeofulvin, sulfonamidi, sulfonilurea, tiazidi, triciklični antidepresivi, zlato, NSAR, ketoprofen, piridoksin, kinidin, prometazin, ...							

6. ZAPIS ODKLONOV (dogodki, ki odstopajo od klinične poti)*: NE / DA: (Kaj? Zakaj?) (DR / ZN):

Datum, ura	Vrsta dogodka	Podpis	Ukrep in rezultat ukrepa	Podpis

*Med dogodke, ki odstopajo od klinične poti sodijo: (1) neželeni dogodki (npr. padci,...); (2) ev. dodatna diagnostika, ki ni v povezavi z boleznijo zaradi katere je bil pacient hospitaliziran; (3) ev. izredna zdravstvena stanja (poslabšanja, zapleti), ki se pojavijo v procesu zdravljenja.

7. PRILOGE (obrazci)

Številka obrazca	NAZIV DOKUMENTA
kataloška oznaka IDa-10	Informacije za paciente – Zdravljenje s fotodinamično terapijo (FDT)
NEO PT 002	Izvedba klasične (c)FDT in dnevne (dl)FDT
NEO KP 003 OB01	Privolitev v fotografiranje in objavo podatkov
NEO KP 003 OB02	Seznam zdravil pacienta
NEO KP 003 OB03	Vprašalnik za paciente z neoplazijo kože