

Oznaka dokumenta: NEO KP 005	Naslov: PERKUTANA TRANSLUMINALNA ANGIOPLASTIKA (PTA)
Datum veljavnosti: 14.04.2022	verzija: 3.0

IME IN PRIIMEK, strokovni naziv/naziv funkcije, OE		DATUM odobritev/podpis
Pripravljaavec:	Iztok Žilavec, vzt. Anita Dobrovolec, dr.med., spec radiologije Katja Šibli, dr. med., spec. int. med.	<i>[Signature]</i> 8.4.2022 <i>[Signature]</i> 8.4.22
Potrjevalec:	Tomo Šibli, dr.med., spec. spl. krg. Dean Sinožič, dr. med., spec. interne medicine Dušan Ačkun, dr. med, specialist radiologije	<i>[Signature]</i> 8.4.22 <i>[Signature]</i> 8.4.22
Podpisnik:	v. d. strokovnega direktorja red. prof. dr. Radko Komadina, dr. med., višji svetnik, specialist splošne kirurgije in specialist za travmatologijo	<i>[Signature]</i> 8.4.22
Skrbnik:	dr. med., spec. Radiologije (Anita Dobrovolec)	<i>[Signature]</i> 8.4.22

Podatki o dokumentu		stopnja zaupnosti - INTERNO
Sklic: (naslov, datum veljavnosti, verzija)	/	
Mesto objave:	Intranet SB Celje (Business Connect)	
EKN (rok hrambe):	6001 (T)	
Signirni znak:	/	

Zgodovina (evidenca) sprememb dokumenta	
datum/verzija	kratak opis sprememb (navedba točk)
15.11.2019/2.0	5.1 dodano vprašanje o COVID19 cepljenju, dodana rubrika za delne lab. Izvide,
	5.4 spremenjen naslov, ker so pacienti sprejeti na različne oddelke

Letni pregled dokumenta

Datum	ugotovitve	skrbnik

KAZALO

1. NAMEN:	3
2. CILJI:	3
3. POTREBNI VIRI:	3
4. KAZALNIKI KAKOVOSTI	3
5. POSTOPEK	4
5.1 Ambulantni sprejem	4
5.2 Sprejem na oddelek	5
5.3 Izvedba PTA - RTG oddelek	5
5.4 Obravnava po posegu na oddelku	7
5.5 Ocena stanja pacienta na dan odpusta	7
6. ZAPIS ODKLONOV	8
7. PRILOGE	8

1. NAMEN:

- standardizacija aktivnosti,
- priprava pacientov na poseg
- in vodenje med ter po posegu.

2. CILJI:

- optimizirana zdravstvena obravnava,
- skrajšanje bolniških ležalnih dni (2 dneva)
- preprečevanje zapletov po invazivnem posegu.

3. POTREBNI VIRI:

- zdravniki specialisti radiologi, angiologi, žilni kirurgi, internisti, radiološki inženirji, DMS, ZT
- ambulanta, prostor za interventno radiologijo, bolniški oddelki
- angiograf, ultrazvok, medicinski pripomočki za interventno radiologijo, kader

4. KAZALNIKI KAKOVOSTI

- število evidentiranih odklonov
- število ležalnih dni (2)

Osebni podatki pacienta

Prostor za nalepko

5. POSTOPEK
5.1 Ambulantni sprejem

MEDICINSKA SESTRA/ZDRAVSTVENI TEHNIK	
Cepljen COVID 19	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Identiteta preverjena	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Laboratorijski izvidi s seboj	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne delni <input type="checkbox"/>
Privolitev pacienta za izvajanje zdravstvene oskrbe in dajanje informacij o zdravstvenem stanju (SMP OP 001 OB01)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Podpisana privolitev v operativni ali diagnostični poseg/preiskavo oz. zavrnitev po pojasnilu s strani bolnika (SMP OP 001 OB02)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Antiagregacijsko zdravljenje (Aspirin, Plavix)	<input type="checkbox"/> da katero:..... kdaj zadnjič:..... <input type="checkbox"/> ne
Antikoagulacijsko zdravljenje (NMH, varfarin, NOAK)	<input type="checkbox"/> da katero:..... kdaj zadnjič:..... <input type="checkbox"/> ne
Dodatne laboratorijske preiskave	<input type="checkbox"/> da katere:..... <input type="checkbox"/> ne
Žilni pristop	<input type="checkbox"/> da kje:..... <input type="checkbox"/> ne
Priprava polja za poseg	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Pacient prinaša s seboj naslednje ortopedske pripomočke	<input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> proteze <input type="checkbox"/> slušni aparat
Klinične meritve	PULZ
	RR
<u>DATUM IN URA:</u>	<u>PODPIS:</u>

ZDRAVNIK	
Sprejemni zapisnik (anamneza, vzrok sprejema, status)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Temperaturni list	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
<u>DATUM IN URA:</u>	<u>PODPIS:</u>

5.2 Sprejem na oddelek

MEDICINSKA SESTRA/ZDRAVSTVENI TEHNIK		
Seznanitev s hišnim redom in prostorom	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Žilni pristop	<input type="checkbox"/> da kje:..... <input type="checkbox"/> ne	
Odvzem krvi za dodatne lab. preiskave	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Aplikacija naročene terapije	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Prehranjevanje in pitje	- pacient je tešč	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Izogibanje nevarnostim	- odstranjen nakit	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	- odstranjeni ortopedski pripomočki	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Dokumentacija za interventni poseg	- napotnica RTG	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	- izvid koagulogram	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	- izvid elektroliti	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	- izvid retenti	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	- izvid hemogram	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
DATUM IN URA:	PODPIS:	

5.3 Izvedba PTA - RTG oddelek

MEDICINSKA SESTRA/ZDRAVSTVENI TEHNIK	
Priprava pacienta na interventni poseg po standardu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Pokrivanje polja	<input type="checkbox"/> platno <input type="checkbox"/> material za enkratno uporabo
Kontrola sterilnosti	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
DATUM IN URA:	PODPIS:

ZDRAVNIK		
Podpisana privolitev v operativni ali diagnostični poseg/preiskavo oz. zavrnitev po pojasnilu (SMP OP 001 OB02)	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Mesto punkcije	Levo	Desno
	<input type="checkbox"/> a. femoralis comunis <input type="checkbox"/> drugo.....	<input type="checkbox"/> a. femoralis comunis <input type="checkbox"/> drugo.....
Smer punkcije	<input type="checkbox"/> antegradno	<input type="checkbox"/> retrogradno

Čas punkcije			
Lokalni anestetik	<input type="checkbox"/> 2% xylocaine.....ml <input type="checkbox"/> drugo.....		
Intraarterijski heparin	<input type="checkbox"/> da količina.....I. E. <input type="checkbox"/> ne		
Vrsta kontrasta			
Količina kontrasta (ml)			
Balon	premer..... dolžina.....		
Stent	premer..... dolžina.....		
Kateter odstranjen	ob.....		
Zapiranje vbodnega mesta	<input type="checkbox"/> ročno (kompresija) <input type="checkbox"/> angio-seal <input type="checkbox"/> drugo.....		
Lokalno stanje vbodnega mesta	<input type="checkbox"/> ni hematoma		
	<input type="checkbox"/> sufuzija		
	<input type="checkbox"/> podkožni hematoma		
	<input type="checkbox"/> patološke pulzacije		
Sistemska (alergična) reakcija	<input type="checkbox"/> brez		
	<input type="checkbox"/> močna		
	<input type="checkbox"/> blaga		
Oskrba vbodnega mesta	<input type="checkbox"/> tampon	Odstranitih po posegu	
	<input type="checkbox"/> balonček	Odstranitih po posegu	
	<input type="checkbox"/> peščena vrečka	Odstranitih po posegu	
UZ kontrola vbodnega mesta	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Vitalne funkcije po posegu	RR:	PULZ:	URA:
<u>DATUM IN URA:</u>	<u>PODPIS:</u>		

RADIOLOŠKI INŽENIR	
Trajanje diaskopijemin
<u>DATUM IN URA:</u>	<u>PODPIS:</u>

5.4 Obravnava po posegu na oddelku

MEDICINSKA SESTRA/ZDRAVSTVENI TEHNIK			
Čas prihoda na oddelek	URA:		
Vitalne funkcije	RR:	PULZ:	URA:
Opazovanje vbodnega mesta in okončine ter klinične meritve	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Terapija po posegu	- pacient vzame redno terapijo - dodatno terapijo po navodilu zdravnika	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Laboratorijska kontrola	- kontrolni hemogram 6 po posegu - kontrolni hemogram dan po posegu - kontrolni retenti dan po posegu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Izogibanje nevarnostim	- namestitev klicne naprave - namestitev varovalne posteljne ograje - odstranitev peščene vrečke po 6 urah, če je bila nameščena	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Gibanje	- strogo mirovanje 6 ur	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Izločanje	- kontrola uriniranja - prvo uriniranje ob _____ uri - tešč	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Prehranjevanje in pitje	- pije - prvi obrok hrane po odstranitvi peščene vrečke oz. balončka	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
<u>DATUM IN URA:</u>	<u>PODPIS:</u>		

5.5 Ocena stanja pacienta na dan odpusta

MEDICINSKA SESTRA/ZDRAVSTVENI TEHNIK			
Klinične meritve	RR	PULZ	gleženjski indeks
Opazovanje vbodnega mesta	- hematom		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Opazovanje okončine	- topla - hladna - bleda - lividna		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Žilni pristop	- odstranitev venske kanile		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Gibanje	- pacient je sposoben hoditi		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Odpustno pismo	- navodila glede bolečine, prehrane, kontrole		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

Terapija ob odpustu navedena v odpustnem pismu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Odpuščen ob	Datum: _____ Ura: _____
<u>DATUM IN URA:</u>	<u>PODPIS:</u>

6. ZAPIS ODKLONOV

Datum, ura	Zapis odklonov, posebnih dogodkov in stanj	Podpis

7. PRILOGE

Jih ni.