

Oznaka dokumenta: OPE KP 001	Naslov: FLEBEKTOMIJA
Datum veljavnosti: 14.04.2022	verzija: 4.0

IME IN PRIIMEK, strokovni naziv/naziv funkcije, OE		DATUM odobritev/podpis
Pripravljaec:	Nevenka Praznik, dr. med., spec. spl. krg. Iztok Žilavec, VZT	<i>[Signature]</i> 8.4.22
Potrjevalec:	Tomo Šibli, dr. med., spec. spl. krg., Predstojnik oddelka	<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:	VZT (Iztok Žilavec)	<i>[Signature]</i> 8.4.2022

Podatki o dokumentu		stopnja zaupnosti - INTERNO
Sklic na podrejene dokumente: (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)
03.10.2017/003	5.1 odstranjen obrazec SMP OP 006 OB02, dodano vprašanje o COVID19 cepljenju, dodano vprašanje o antikoagilantni terapiji
	5.2 odstranjeno vprašanje o sedaciji in količini lokalnega anestetika
	5.4 odstranjena cela točka

Letni pregled dokumenta

Datum	ugotovitve	podpis skrbnika

KAZALO

1.	NAMEN	3
2.	CILJI	3
3.	POTREBNI VIRI	3
4.	KAZALNIKI KAKOVOSTI	3
5.	POSTOPEK	4
5.1	Predoperativno obdobje (anamneza na dan ambulantnega posega)	4
5.2	Medoperativno obdobje	5
5.3	Ocena stanja pacienta ob odpustu	6
6.	ZAPIS ODKLONOV	6
7.	PRILOGE	6

1. NAMEN

Priprava pacientov na poseg. Optimalna priprava na poseg in s tem manj možnosti za nastanek zapletov pri zdravstveni obravnavi, predvsem v medoperativnem in pooperativnem obdobju."

2. CILJI

Optimizacija zdravstvene obravnave. Izboljšanje kvalitete življenja. Z odstranitvijo krčnih žil bodo odstranjene ali pa vsaj znatno zmanjšane pacientove težave (otekanje nog, krči, bolečine pa tudi estetika).

3. POTREBNI VIRI

- medicinski kader
- operacijska dvorana
- operativni in sanitetni material.

4. KAZALNIKI KAKOVOSTI

- pooperativni zapleti (vnetja, krvavitve, ...).

Osebni podatki pacienta

Prostor za nalepko

5. POSTOPEK
5.1 Predoperativno obdobje (anamneza na dan ambulantnega posega)

	Datum operativnega posega:	
--	-----------------------------------	--

ZDR	Diagnoza:		
	Pacientu podane ustne in pisne informacije ter soglasja:		
	- obrazec Privolitev v operativni ali diagnostični poseg / preiskavo oz. zavrnitev po pojasnilu (SMP OP 001 OB02)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
	- obrazec Privolitev pacienta za izvajanje zdravstvene oskrbe in dajanje informacij o zdravstvenem stanju (SMP OP 001 OB01)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
	- obrazec Predoperativni vprašalnik za anestezijo (SMP OP 006 OB02)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
	Podpis zdravnika, datum, ura:		

MS	Pri pacientu je znana alergija na:		
	Cepljen COVID 19	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Pacient prinaša s seboj izvide:	<input type="checkbox"/> hemogram <input type="checkbox"/> elektrolite <input type="checkbox"/> pč, tč <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> UZ ven	
	Odvzem krvi ob sprejemu:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Podpisana soglasja za operacijo:		
	- obrazec Privolitev v operativni ali diagnostični poseg / preiskavo oz. zavrnitev po pojasnilu (SMP OP 001 OB02)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
	- obrazec Privolitev pacienta za izvajanje zdravstvene oskrbe in dajanje informacij o zdravstvenem stanju (SMP OP 001 OB01)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
	Doma je vzel redno terapijo:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	_____ _____ _____
	Antikoagulantna terapija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Komunikacija s pacientom poteka:	<input type="checkbox"/> nemoteno <input type="checkbox"/> moteno	
	Priprava op. polja:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Klinične meritve:	RR: _____	
	Žilni pristop:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Podpis MS/ZT, datum, ura:		

5.2 Medoperativno obdobje

MS	Datum in ura prihoda v operacijsko sobo:	
-----------	---	--

	Noga:	<input type="checkbox"/> leva <input type="checkbox"/> desna
	Ocena stanja kože na operativnem polju:	<input type="checkbox"/> intaktna <input type="checkbox"/> poškodovana
	Priprava operativnega polja (britje dlak na nogi):	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	Umivanje operativnega polja s sterilno raztopino:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	Pokrivanje operacijskega polja:	<input type="checkbox"/> platno <input type="checkbox"/> material za enkratno uporabo
	Kontrola sterilnosti:	
	Oskrba operativne rane:	<input type="checkbox"/> zloženci <input type="checkbox"/> poliuretanski obliži
	Aplikacija kompresijske nogavice:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	Aplikacija elastičnih povojev:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	Podpis l. inštrumentarke, datum, ura:	

ZDR	Vrsta anestezije	<input type="checkbox"/> lokalno <input type="checkbox"/> regionalno
	Vrsta posega	<input type="checkbox"/> flebektomija <input type="checkbox"/> varicektomija <input type="checkbox"/> ligatura perforatorja
	Intraoperativne komplikacije	<input type="checkbox"/> brez <input type="checkbox"/> poškodba živca <input type="checkbox"/> krvavitev
	Šivalni material	<input type="checkbox"/> resorbilni <input type="checkbox"/> neresorbilni
	Podpis zdravnika – operaterja, datum, ura:	

MS	Ura odhoda pacienta iz operacijske sobe:	
-----------	---	--

5.3 Ocena stanja pacienta ob odpustu

MS	Klinične meritve pred odpustom (po potrebi):	RR:	
	Opazovanje operativne rane; preveza rane je prekrvavela:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Aplicirana terapija v pooperativnem obdobju:		
	Žilni pristop; odstranitev venske kanile, opazovanje vbodnega mesta:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Gibanje; pacient po posegu ob spremstvu takoj hodi:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Svetovanje; pisna in ustna navodila po operativnem posegu (Navodila po operaciji krčnih žil, kataloška oznaka KŽa-08):	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Prisotna spremljajoča odrasla oseba:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

Odpuščen (datum, ura):	datum _____ ob _____ uri
Podpis odpustnega zdravnika:	
Podpis MS/ZT ob odpustu:	

6. ZAPIS ODKLONOV

Ura	Zapis odklonov, posebnih dogodkov in stanj	Podpis

7. PRILOGE

Številka dokumenta	NAZIV DOKUMENTA
KŽa-07/1	Informacije za paciente – Lokalna ekstirpacija varic – Flebektomija
KŽa-08	Navodila po operaciji krčnih žil