

Oznaka dokumenta: OPE KP 014	Naslov: <b>AMBULANTNI OPERATIVNI POSEG KRČNIH ŽIL- ENDOVASKULARNA LASERSKA ABLACIJA (EVLA)</b>
Datum veljavnosti: 14.04.2022	verzija: 3.0

IME IN PRIIMEK, strokovni naziv/naziv funkcije, OE		DATUM odobritev/podpis
Pripravljaivec:	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	kratek opis sprememb (navedba točk)
03.10.2017/002	5.1 odstranjen obrzec SMP OP 006 OB02, dodano vprašanje o COVID19 cepljenju, dodano vprašanje o antikoagulantni terapiji
	5.2 odstranjene rubrike: količina lokalnega anestetika, moč laserja in čas operativnega postopka
	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	Pooperativno obdobje (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 manj možnosti za nastanek zapletov pri zdravstveni obravnavi, predvsem v medoperativnem in pooperativnem obdobju."

### 2. CILJI

Optimizacija zdravstvene obravnave. Izboljšanje kvalitete življenja. Pacient lahko gre uro po posegu domov. Bolniški stalež ni potreben oziroma je bistveno skrajšan, odvisno od pacienta.

### 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)**

	<b>Datum operativnega posega:</b>	
--	-----------------------------------	--

<b>ZDR</b>	<b>Diagnoza:</b>			
	<b>Pacientu podane ustne in pisne informacije ter soglasja:</b>			
	- 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
	- Informacije za paciente - Znotraj žilno lasersko zdravljenje krčnih žil (kataloški oznaki KŽa-09/1 in KŽa-09/2)		<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
<b>Podpis zdravnika, datum, ura:</b>				

<b>MS</b>	<b>Pri pacientu je znana alergija na:</b>			
	<b>Cepljen COVID 19</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	
	<b>Pacient prinaša s seboj izvide:</b>	<input type="checkbox"/> hemogram	<input type="checkbox"/> elektrolite	<input type="checkbox"/> pč, tč
		<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> UZ ven	
	<b>Odvzem krvi ob sprejemu:</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	
	<b>Podpisana soglasja za operacijo:</b>			
	- 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
	<b>Doma je vzel redno terapijo:</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	_____
				_____
				_____
	<b>Antikoagulantna terapija</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	
	<b>Komunikacija s pacientom poteka:</b>	<input type="checkbox"/> nemoteno	<input type="checkbox"/> moteno	
	<b>Priprava op. polja:</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	
<b>Klinične meritve:</b>	<b>RR:</b>			
<b>Žilni pristop:</b>	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne		
<b>Podpis MS/ZT, datum, ura:</b>				

**5.2 Medoperativno obdobje**

<b>MS</b>	<b>Datum in ura prihoda v operacijsko sobo:</b>	
-----------	---	--

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

<b>ZDR</b>	<b>Vrsta anestezije:</b>	<input type="checkbox"/> lokalno <input type="checkbox"/> drugo: _____		
	<b>Sedacija:</b>	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da, kaj:		
	<b>Vrsta posega:</b>	<input type="checkbox"/> EVLT <input type="checkbox"/> flebektomija <input type="checkbox"/> ligatura perforatorja		
	<b>Zdravljena vena:</b>	VSM:           cm	VSP:           cm	Drugo:           cm
	<b>Laserska fibra:</b>	<input type="checkbox"/> 220 µm <input type="checkbox"/> 400 µm <input type="checkbox"/> 600 µm		
	<b>Količina energije:</b>	Skupaj _____ J		
	<b>Podpis zdravnika – operaterja, datum, ura:</b>			

**5.3 Pooperativno obdobje (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	
	Terapija v pooperativnem obdobju:		
	Žilni pristop - odstranitev venske kanile, opazovanje vbodnega mesta:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Gibanje - pacient po posegu takoj hodi:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Svetovanje; pisna in ustna navodila po operativnem posegu (Navodila po laserski operaciji ven na nogi (EVL), kataložna oznaka KŽa-10):	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	Podpis MS/ZT, datum in ura:		

ZDR	Pacient odpuščen:	datum _____ ob _____ uri
	Podpis odpustnega zdravnika, datum in ura:	

**6. ZAPIS ODKLONOV**

Ura	Zapis odklonov, posebnih dogodkov in stanj	Podpis

**7. PRILOGE**

Številka dokumenta	NAZIV DOKUMENTA
KŽa-09/1	Informacije za paciente – EVLT - znotrajžilno lasersko zdravljenje krčnih žil
KŽa-10	Navodila po laserski operaciji ven na nogi (EVL)