Splošna bolnišnica Celje

Center za bolezni ožilja

Osebni podatki: Datum sprejema:

Prostor za nalepko

1. DAN 0 - KLINIČNI PREGLED V AMBULANTI – SPREJEM

AMBULANTA-SPREJEM	**Diagnoza** *(izpolni zdravnik)*				
	Preverjanje kontraindikacij za angiografijo	☐ da		☐ ne	
	Pri pacientu je znana alergija na				
	Naročene dodatne preiskave	☐ CRP	☐ Myoglobin (*ob kritični ishemiji*)	☐ urin	☐ ne
		☐ drugo _____			
	Redna terapija	*Zdravilo, doza, interval, način aplikacije*		*Prejel doma*	
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
				☐ da	☐ ne
	Antiagregacijsko zdravljenje	☐ da	**Katero:** _____		☐ ne
	Antikoagulantno zdravilo	☐ da	**Katero:** _____ **Datum in ura prejema zadnjega odmerka:** _____		☐ ne
	Podpis zdravnika				
	Pacient prinaša s seboj naslednje izvide	☐ hemogram ☐ elektroliti ☐ lipidogram ☐ lipoprotein a	☐ retenti ☐ HbA1c ☐ PČ, TČ ☐ EKG	☐ izvidi RTG PC ☐ UZ arterij ☐ CTA	

	Podpisano soglasje za interventni poseg	☐ da		☐ ne	
	Pacient prinaša s seboj naslednje pripomočke	☐ očala	☐ bergle	☐ proteze	☐ slušni aparat
	Prejme publikacijo o PAB (*periferni arterijski bolezni*) in predvidenem posegu	☐ da		☐ ne	
	Komunikacija s pacientom poteka	☐ nemoteno		☐ moteno	
	Klinične meritve	**PULZ**	**RR**	**T temp.**	**KS**
	Nizkomolekularni heparin Zadnji odmerek NMH	☐ da ☐ ne	Datum: _____ Ura: _____		
	Podpis MS/ZT				

2. DAN 0 - SPREJEM NA ODDELEK ZA ANGIOLOGIJO OZ. ODDELEK ZA ŽILNO KIRURGIJO

ODDELEK-SPREJEM	**ANAMNEZA**				
	Simptomi PAB	**Leva okončina**		**Desna okončina**	
	Asimptomatski	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
	Dolga klavdikacijska razdalja (> 200m)	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
	Kratka klavdikacijska razdalja (< 200m)	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
	Ishemična bolečina v mirovanju	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
	Devitalizacije, rane	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
	Naročena terapija in aplikacija	*Zdravilo, doza, interval, način aplikacije*		*Aplikacija: ura in parafa*	
	Dejavniki tveganja	*Arterijska hipertenzija*		☐ da	☐ ne
		Kajenje		☐ da	☐ ne
		Število let kajenja			
		Sladkorna bolezen		☐ da	☐ ne
		Visok hipoprotein a		☐ da	☐ ne
		Hiperlipidemija		☐ da	☐ ne
		Debelost (BMI >25)		☐ da	☐ ne
		Družinska anamneza prezgodnje aterotromboze		☐ da	☐ ne

ODDELEK-SPREJEM	**Hidracija pacienta z ledvičnim popuščanjem**	*S-kreatinin < 100 µmol/l*		☐ da	☐ ne
		S-kreatinin 100-130 µmol/l		☐ da	☐ ne
		DA	*Tekočine p.o., 1 liter v 24 urah pred in po posegu*	☐ da	☐ ne
		S-kreatinin > 130 µmol/l		☐ da	☐ ne
		DA	*0,9% NaCl 1ml/kg/h i.v., 24 ur pred in po posegu (pri pacientih s srčnim popuščanjem ali dializo, je odmerjanje individualno)*	☐ da	☐ ne

DOSEDANJE BOLEZNI				
Bolezen koronarnih ali možganskih arterij	☐ da	☐ ne	Če da, katere?	
Bolezen aorte in njenih vej	☐ da	☐ ne		
Dosedanji invazivni posegi na perifernih arterijah	☐ da	☐ ne	Če da, kateri?	
Ostale bolezni	☐ da	☐ ne	Če da, katere?	

SRČNO ŽILNI STATUS					
Vratne arterije	*šum*	levo		desno	
		☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
Srce	*frekvenca*	_____ utripov/min			
	šum	☐ da		☐ ne	
	ritmična srčna akcija	☐ da		☐ ne	
Aorta	*razširjena*			☐ da	☐ ne

Spodnje okončine		**levo**	**desno**
Tipnost pulzov (označi s ++, + ali 0)	AFS		
	AP		
	ATP		
	ADP		

Devitalizacije	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
Šum ingvinalno	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
Upočasnjen kapilarni refluks	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
Senzibilitetni izpadi	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne
Motorični izpadi	☐ da	☐ ne	☐ da	☐ ne

Perfuzijski tlaki pred posegom	levo	desno
ADP	*mmHg*	*mmHg*
ATP	*mmHg*	*mmHg*
GI	*mmHg*	*mmHg*
Podpis zdravnika		

Komunikacija	*- pacient je seznanjen s prostori oddelka*	☐ da	☐ ne
	- pacient je seznanjen s pravicami in dolžnostmi	☐ da	☐ ne

ODDELEK-SPREJEM		*- pomirjujoč pogovor s pacientom*			☐ da	☐ ne
	Klinične meritve	**PULZ**	**RR**	**T temp.**	**TT**	**TV**
	Žilni pristop – *i.v. kanila*	☐ da	☐ ne	**Mesto vstavitve:**	☐ L roka	☐ D roka
	Odvzem krvi za dodatne lab. preiskave	☐ da		☐ ne		
	Prehranjevanje in pitje	*- bolnik je tešč*			☐ da	☐ ne
	Izogibanje nevarnostim	*- odstranjen nakit*			☐ da	☐ ne
		- odstranjeni ortopedski pripomočki			☐ da	☐ ne
	Pacient ima podpisana soglasja za interventni poseg	☐ da		☐ ne		
	Obojestranska odstranitev dlak v ingvinalnem predelu	☐ da		☐ ne		
	Izločanje in odvajanje	*- izpraznitev mehurja pred posegom*			☐ da	☐ ne
	Dokumentacija za interventni poseg	*- napotnica RTG*			☐ da	☐ ne
		- izvid PČ INR			☐ da	☐ ne
		- izvid elektroliti			☐ da	☐ ne
		- izvid retenti			☐ da	☐ ne
		- izvid hemoglobin			☐ da	☐ ne
	Podpis MS/ZT					

3. DAN 1: PRIPRAVA PACIENTA PRED POSEGOM

PRIPRAVA PRED POSEGOM	**PRIPRAVA PACIENTA PRED POSEGOM**				
	Ishemična bolečina v mirovanju	*Pred odhodom na poseg pacient prejme pomirjevalno sredstvo. V primeru ishemičnih bolečin v mirovanju dodamo še analgetik*		☐ da	☐ ne
		NE	*Apaurin 5 mg p.o.*	☐ da	☐ ne
		DA	*Dipidolor 2 mg i.v. + 5 mg v 100 ml 0,9% NaCl za titriranje in Dormicum 2 mg v bolusu*	☐ da	☐ ne
	Naročena terapija in aplikacija	*Zdravilo, doza, interval, način aplikacije*		*Aplikacija: ura in parafa*	
	Podpis MS/ZT				

4. DAN 1 - IZVEDBA POSEGA - ANGIOGRAFIJE – RADIOLOŠKI ODDELEK

IZVEDBA POSEGA	**Priprava pacienta na interventni poseg skladno s standardom**	☐ da	☐ ne	
	Umivanje inerventnega polja s sterilno raztopino	☐ da	☐ ne	
	Razkuževanje polja	☐ da	☐ ne	
	Pokrivanje polja	☐ platno	☐ material za enkratno uporabo	
	Kontrola sterilnosti			
	Mesto punkcije	Levo: ☐ a.femoralis communis ☐ a.aksillaris ☐ drugo _____	Desno: ☐ a.femoralis communis ☐ a.aksillaris ☐ drugo _____	
	Čas punkcije	_____		
	Lokalni anestetik	☐ 2% xylocaine _____ ml ☐ drugo _____		
	Intraarterijski heparin	☐ da	☐ ne	Količina _____ ml
	Vrsta kontrasta			
	Količina kontrasta			
	Trajanje diaskopije	_____min		
	Kateter odstranjen	_____uri		
	Trajanje kompresije	_____min		
	Način zapiranja vbodnega mesta	*Ročna kompresija*	☐ da	☐ ne
		Zapiralo:		
	Lokalno stanje vbodnega mesta	*- ni hematoma*	☐ da	☐ ne
		- podkožni hematom	☐ da	☐ ne
		- patološke pulzacije	☐ da	☐ ne
	Sistemska (alergijska) reakcija	*- brez*	☐ da	☐ ne
		- močna	☐ da	☐ ne
		- Blaga	☐ da	☐ ne
		- drugo	☐ da	☐ ne
	Oskrba vbodnega mesta	*- tampon*	☐ da	☐ ne
		- kompresijski balonček	☐ da	☐ ne
		- peščena vrečka	☐ da	☐ ne
	Podpis radiologa			
	Podpis MS/ZT			

5. DAN 1 – OPAZOVANJE PACIENTA PO POSEGU NA ODDELKU ZA ANGIOLOGIJO OZ. ODDELKU ZA ŽILNO KIRURGIJO

POSEGU	**Čas prihoda na oddelek**	ob _____ uri							
	Opazovanje vbodnega mesta in okončine ter klinične meritve	☐ da				☐ ne			
	MERITVE VIT. FUNKCIJ: prva ura na 15 min, nato 5 ur na 60 min								
	Ura								
	Pulz/min								
	RR (mmHg):								
	Saturacija (%)								
	Premer hematoma v cm, 0 - brez hematoma								
	Okončina: T – topla; H – hladna; L – lividna; B - bleda								
	Izogibanje nevarnostim	*- namestitev klicne naprave*				☐ da		☐ ne	
		- namestitev varovalne posteljne ograje				☐ da		☐ ne	
		- odstranitev peščene vrečke po 6 urah (Angio-Seal sistem brez vrečke)				☐ da		☐ ne	
	Gibanje	*- strogo mirovanje 6 ur*				☐ da		☐ ne	
		- obračanje po 6. urah				☐ da		☐ ne	
		- vstajanje po 12. urah do WCja				☐ da		☐ ne	
		- vstajanje naslednje jutro				☐ da		☐ ne	
	Izločanje	*- kontrola uriniranja*				☐ da		☐ ne	
		- prvo uriniranje ob				_____ uri			
	Prehranjevanje in pitje	*- tešč*				☐ da		☐ ne	
		- pije				☐ da		☐ ne	
		- prvi obrok hrane po 3. urah				☐ da		☐ ne	
	Terapija po posegu	*Zdravilo, doza, interval, način aplikacije*				*Aplikacija: ura in parafa*			
	Podpis zdravnika								
	Podpis MS/ZT								

6. DAN 2 - OCENA STANJA BOLNIKA NA DAN ODPUSTA

ODPUST	**Klinične meritve**	**RR**	**PULZ**	
	Perfuzijski tlaki pred posegom	levo	desno	
	ADP	*mmHg*	*mmHg*	
	ATP	*mmHg*	*mmHg*	
	GI	*mmHg*	*mmHg*	
	Opazovanje vbodnega mesta	*- brez hematoma*	☐ da	☐ ne
		- hematom	☐ da	☐ ne
	Opazovanje okončine	*- topla*	☐ da	☐ ne
		- hladna	☐ da	☐ ne
		- bleda	☐ da	☐ ne
		- lividna	☐ da	☐ ne
	Terapija ob odpustu			
	Žilni pristop	*- odstranitev i.v. kanile*	☐ da	☐ ne
	Gibanje	*- pacient je sposoben hoditi*	☐ da	☐ ne
	Svetovanje	*- pisna in ustna navodila glede bolečine prehrane, kontroli*	☐ da	☐ ne
	Čas odpusta	_____ uri		
	Podpis MS/ZT ob odpustu			
	Podpis zdravnika ob odpustu			

7. ZAPIS ODKLONOV

Datum, ura	Zapis odklonov, posebnih dogodkov in stanj	Podpis