



Operacija katarakte Integrirani klinički put

Broj protokola:	Odjeljenje:	Soba br.
-----------------	-------------	----------

MATIČNI LIST

Ime i prezime Ime oca Djev. prezime	Datum rođenja Spol M Ž	Mjesto rođenja Opština rođ. Bračno stanje	Država JMBG
Prebivalište (mjesto, ulica, opština) Telefon	Zadnja pošta	Kanton Država	
Broj lične karte i od koga je izdata (ili pasoša):	Zanimanje, posao koji obavlja:	Jezik ukoliko nije bos./hr./sr.	
Kategorija zdravstvenog osiguranja Šifra Naziv	Naziv i sjedište institucije koja je obveznik uplate doprinosa za zdravstveno osiguranje Naziv i šifra filijale Zavoda zdravstvenog osiguranja koji plaća troškove Broj zdravstvene knjižice Registarski br. zdrav. knjižice Šifra poslovne djelatnosti Knjižica ovjerena do Broj markice (za osiguranike ZZO TK)		
SAMO ZA OSIGURANIKE DRUGIH KANTONA	Naziv zdravstvene ustanove, datum i broj odluke	Lično učešće	
	Saglasnost – ZZO i broj saglasnosti		
Naziv ustanove, br. i datum uputnice (kod premještaja sa druge klinike i br. protokola)		Uputna dijagnoza	
Datum prijema	Prijemne dijagnoze		
Ime i prezime, adresa i broj telefona kontakt osobe i srodstvo			
Ime i prezime porodičnog/nadležnog ljekara primarne zdravstvene zaštite i naziv ustanove u kojoj radi			
Datum otpusta	Br. bolesničkih dana	Dijagnoze pri otpustu	
Stanje pri otpustu: 1. izliječen 3. neizliječen <input type="checkbox"/> 2. poboljšano 4. umro (upisati broj)			
Premještaj na drugu kliniku / zdravstvenu ustanovu (naziv)		Pacijentu je uručeno otpusno pismo za ljekara primarne zdravstvene zaštite DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	

Ime, prezime i potpis

Ime I prezime _____

Broj protokola/ istorije bolesti _____

Upotrebljene skraćenice

OD: - desno oko

VOD: - vidna oštrina na desnom oku

TOD: - očni pritisak na desnom oku

ACL: - prednje komorna leća

LAX: - longitudinalna osnova oka

IOT: - intra okularna tečnost

i.v. - intra venozno

i.m. - intramuskularno

FOD: - oftalmoskopski pregled očne pozadiNe desnog oka

FOS: oftalmoskopski pregled očne pozadiNe lijevog oka

BIOMETRIJA: - ultrazvučni pregled oka

OS: - lijevo oko

VOS: - vidna oštrina na lijevom oku

TOS: - očni pritisak na lijevom oku

PCL: - stražnje komorna leća

PSC: - stražnja subkapsularna katarakta

IOL: - intraokularna leća

lok. - lokalno

s.c. - sub konjuktivalno

Uputstvo za popunu obrasca

Svi članovi osoblja dužni su upisati ime, prezime i potpisati se na označenom mjestu, po okončanju aktivnosti za koju su zaduženi.

Pored izvršene aktivnosti stavlja se kvačica kao dokaz ili zaokružuje odgovor Da ili Ne. Na nekim mestima potrebno je upisati podatak.

Vrijeme obavljanja aktivnosti se upisuje samo ukoliko se ocijeni da je od značaja da se aktivnosti obave u određeno vrijeme ili u određenim intervalima.

Klinički put se u okviru mogućnosti oslanja na kliničke dokaze. Gdje oni ne postoje, on se oslanja na najbolju kliničku praksu. Unatoč tome klinički put je uputstvo i nije nepromenljiv. Odstupanje se definiše kao skretanje sa kliničkog puta koje treba razmotriti na narednom sastanku zato što može dovesti do izmjene kliničkog puta ili se od člana tima može zahtijevati da promijeni svoj način rada. Odstupanja treba da su predmet periodične evaluacije tima. Od definisanog kliničkog puta može odstupiti samo ljekar specijalista – operator. Značajno odstupanje se obavezno upisuje u obrazac. Unosi se datum i vrijeme odstupanja i upiše napomena, zašto je došlo do odstupanja. U zavisnosti od prirode odstupanja upisuje se i završetak (Npr: kod infekcije rane upisuje se početak i završetak nastanka).

Kada se donese odluka da pacijent treba iz dnevne hirurgije da pređe u višednevnu hospitalizaciju, otvara se istorija bolesti standardizirana za višednevni boravak. Pri tome ne treba popunjavati obrasce matičnog lista, anamneze i fizikalnog pregleda, nego popunjeni obrasci dnevne hirurgije postaju sastavni dio istorije bolesti.

Sastavni dio ove dokumentacije je obrazac pristanka pacijenta na operaciju i obrazac potrošnje materijala u operacionoj sali.

U slučaju problema s ovim kliničkim putem obratite se

liječnik

ili

medicinska
sestra

Ime i prezime _____ Broj protokola/ istorije bolesti _____

Dio I. Oftalmološka anamneza

Ispunjavanje kriterijuma za operativni zahvat	Urađeno	Primjedbe sa eventualnim varijacijama
1. Preoperativni internistički pregled sa pristankom za operaciju	Da Ne	
2. Usmeno i pismeno objašnjen postupak operativnog zahvata sa pisanim pristankom	Da Ne	
3. Mogući drugi zahtjevi	Da Ne	Navesti:
4. Preoperativna medikamentozna provjera –Da li pacijent ima ličnu terapiju (lijekove koje uzima sam)	Da Ne	Koje:
5. Procjena psihičkog statusa pacijenta	<input type="checkbox"/>	Navesti:
Ime i prezime ljekara:		Potpis ljekara:

Zapažanja pri prijemu

1. Pacijenta oslovljavati sa	Gospodine/đo/đice Imenom:		
2. Vidljive promjene na koži	Da	Ne	Primjedbe:
3. Posebne želje pacijenta	Da	Ne	Primjedbe:
Pokretljivost : Da	Ne	Oštećen sluh	Da Ne
Neovisnost : Da	Ne	Koristi slušno pomagalo:	Da Ne Lijevo Desno
Osoba koja vodi brigu: Da	Ne		
Primjedbe:			
Ime i prezime sestree:		potpis:	

Dio II. Oftalmološki pregled

Desno oko	VIDNA OŠTRINA	Lijevo oko
	Bez korekcije	
	Sa korekcijom	
	ostalo	
Istorija i simptomi		
Problemi sa vidom na daljinu Da Ne	Glaukom Da Ne	Stare upale Da Ne
Problemi sa vidom na blizinu Da Ne	Strabizam Da Ne	AMD Da Ne
Monokularne duple slike Da Ne	Trauma Da Ne	Diabetes Da Ne
Prethodne operacije Da Ne	Ostalo:	
Ime i prezime ljekara:		Potpis:

Tumačenje biometrije (B-scan)	
Desno oko	Lijevo oko
Ime i prezime ljekara: _____ Potpis: _____	
Ime i prezime sestre: _____ Potpis: _____	

Ime i prezime _____ Broj protokola/ istorije bolesti _____

Dio III. Preoperativna priprema		Primjedba sa eventualnim varijacijama	
Obavljeno preoperativno kupanje	Da Ne		
Uklonjena proteza	Da Ne		
Uklonjen nakit	Da Ne		
Postavljena identifikaciona narivica	Da Ne		
Popunjen pristanak za operaciju	Da Ne		
Preoperativa primjena lijekova	Način aplikacije	Potpis ljekara koji ordinira lijek	Potpis sestre koja aplicira lijek
Tobramicin x 6	Lok <input type="checkbox"/>		
Povidon jodid 0,5% x 6	Lok <input type="checkbox"/>		
Phenileprinhidrochlorid 5% / 10% x 4	Lok <input type="checkbox"/>		
Tropikamid 1% x 4	Lok <input type="checkbox"/>		
Acetazolamid 500mg	Per os <input type="checkbox"/>		
KCl 500mg	Per os <input type="checkbox"/>		
Diclofenac 50mg	Per os <input type="checkbox"/>		
Metamizol amp. 2,5 mg	i.m <input type="checkbox"/>		
Diazepam 10 mg.	i.m <input type="checkbox"/>		
Manitol 20%	i.v <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
Druga provjera: Provjera identiteta pacijenta i vrste operacije na odjeljenju prije odvođenjau u operacionu salu: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promjena mjesta operacije prema dokumentaciji i obilježavanju 		<input type="checkbox"/>	
Ime i prezime sestre _____		Potpis: _____	
Očekivano djelovanje preoperativne medikamentozne pripreme		Primjedbe sa eventualnim varijacijama	
Sedacija	Da		
Ne			
Zjenice dilatirane	Da		
Ne			
Ime i preziem ljekara: _____		Potpis: _____	

Ime i prezime _____

Broj protokola/ istorije bolesti _____

Dio IV. Operacija		Primjedbe sa eventualnim varijacijama:	
Treća provjera:			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provjera u operacionoj Sali , identiteta pacijenta , vrste, mjesta operacije na osnovu dokumentacije i obrazaca verifikacije 			
Ime i prezime operatora:		Potpis:	
Vrsta anestezije			
Čisto lokalna-topična		<input type="checkbox"/>	
Lokalna uz sedaciju (IV)		<input type="checkbox"/>	
Opća (ako je indicirana) s ET cijevi		<input type="checkbox"/>	
Hiruške opcije:			
Ekstrakapsularno vađenje katarakte		<input type="checkbox"/>	
Fako-emulzifikacija		<input type="checkbox"/>	
S lens implantacijom intraokularne leće (IOL)		<input type="checkbox"/>	
Operativna dijagnoza:			
Tok operacije:			
Korišteni lijekovi i u opracionoj sali	Način aplikacije	Potpis ljekara koji ordinira lijek	Potpis sestre koja aplicira lijek
Povidon jodid 0,5%	lok <input type="checkbox"/>		
Hibibos T	lok <input type="checkbox"/>		
Alkohol 96%	lok <input type="checkbox"/>		
Ringer laktat	lok <input type="checkbox"/>		
Tetracain chloridum	lok <input type="checkbox"/>		
Lidocain hydrochloridum 2%	lok <input type="checkbox"/>		
Vancomicin	lok <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
Ugrađeni inplantatai:		IOT koja:	
		IOL naljepiti naljepnicu leće:	

Ime I prezime _____

Broj protokola/ istorije bolesti _____

Operativni nalaz:	
Potpis: Operator: _____ Asistent: _____	Instrumentarka 1: _____ Instrumentarka 2: _____

Dio V. Post operativno praćenje pacijenta				Primjedbe sa eventualnim varijacijama:	
Procjena eventualnih komplikacija Opisati:			Da Ne		
Ime i prezime ljekara:			Potpis:		
Standardna zdravstvena njega			<input type="checkbox"/>		
Postoperativna primjena lijekova:	Način aplikacije	Količina lijeka		Potpis ljekara koji je ordinirao lijek	Potpis sestre koja aplicira lijek
Fiziološka otopina a' _____ ml	i.v		<input type="checkbox"/>		
Gentamicin sulfat 80mg /120 mg	i.v i.m		<input type="checkbox"/>		
Etamsilat 250 mg	i.v i.m		<input type="checkbox"/>		
Dexameatason 4 mg	i.v i.m		<input type="checkbox"/>		
Acetazolamid 250mg	per.os		<input type="checkbox"/>		
KCL 250mg	per.os		<input type="checkbox"/>		
diclofenac 50mg tbl	per.os		<input type="checkbox"/>		
diclofenac amp. 75 mg.	i.m		<input type="checkbox"/>		
Manitol 20%	i.m		<input type="checkbox"/>		
Tobramicin sol	lok		<input type="checkbox"/>		
Maxitrol sol	lok		<input type="checkbox"/>		
Dexametason sol	lok		<input type="checkbox"/>		
Atropin sulfat sol	lok		<input type="checkbox"/>		
Atropin amp.	s.c		<input type="checkbox"/>		
Dexametason amp. 4 mg.	s.c		<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
Razno			<input type="checkbox"/>		
Očna školjka /zaštitne naočale/zavoj			<input type="checkbox"/>		
Ime i prezime medicinske sestre				Potpis:	

Ime i prezime _____

Broj protokola/ istorije bolesti _____

Dio VI. Ostatak ambulantnog boravka		Primjedbe sa eventualnim varijacijama
Edukacija pacijenta Pacijent educiran o načinu brige za oko po otpustu i procjenjeno razumjevanje uputa	<input type="checkbox"/>	
Dato pisano uputstvo o ponašanju nakon otpusta	<input type="checkbox"/>	
Ime i prezime sestree:		potpis:
Planiranje otpusta		
1. Dokumentirani zahtjevi za fakturiranje,	<input type="checkbox"/>	
2. Otpusno pismo	<input type="checkbox"/>	
Ime i prezime administrativnog radnika:		Potpis:
Preporučeni kontrolni pregledi		
U roku 24 sata	<input type="checkbox"/>	
Nakon 1 sedmice	<input type="checkbox"/>	
Vrijeme otpusta:	<input type="checkbox"/>	
Pacijent zadržan na odjeljenju	<input type="checkbox"/>	
Ime i prezime ljekara:		potpis:

OTPUSNO PISMO: