



**SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA**  
RAKIČAN, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota

**ORL ODDELEK**

**Nalepka pacienta:**

**KLINIČNA POT OPERATIVNIH POSEGOV PRI OTROCIH**

Sprejemni zdravnik:	
Operater:	
Datum sprejema, ura:	
Datum odpusta:	

**Diagnoza:**

**ALERGIJE:**  DA  NE      Hrana    Zdravila    Ostalo (pasje/mačje dlake, pršica,.....)  
**katere:** \_\_\_\_\_

Kdo	Operacija	Načrtovana	Parafa	Izvršena	Parafa
Z	Adenoidektomija	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Tonzilotomija	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Tonzilektomija	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Miringotomija	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Vstavitev TC	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Drugo:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Datum ,Ura				
T°				
40°				
39°				
38°				
37°				
36°				

## Telefonski pogovor s starši ali skrbnikom otroka za op. poseg

MS \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### Starši ali skrbnik so seznanjeni:

<input type="checkbox"/> s predvidenim datumom in uro sprejema <input type="checkbox"/> o datumu op. posega	DA DA	NE NE
<input type="checkbox"/> o poslanih obrazcih, ki jih morajo izpolnjene ob sprejemu prinesiti s seboj: - soglasje za op. poseg, - soglasje za anestezijo in izpolnjena anesteziološka predoperativna anketa, - soglasje o posredovanju informacij.	DA DA DA	NE NE NE
<input type="checkbox"/> o izvidih, ki jih morajo predložiti ob sprejemu: - izvid pediatra, - laboratorijske izvide (hemogram star do 1 teden), - izvid ORL specialista, - vso dokumentacijo o morebitnih drugih obolenjih otroka	DA DA DA DA	NE NE NE NE
<input type="checkbox"/> da rabijo za sprejem napotnico osebnega zdravnika	DA	NE
<input type="checkbox"/> da s seboj prinesejo zdravila, ki jih doma otrok redno jemlje	DA	NE
<input type="checkbox"/> da za dodatne informacije in pomoč ter morebitno preložitvev op. posega lahko pokličejo na telefonsko številko 02-5123-378 od ponedeljka do petka od 10.00 – 12.00 ure.	DA	NE

<b>LEGENDA</b>	NN – načrt zdravstvene nege	<b>DIETA PRI PACIENTIH PO TONZILEKTOMIJI</b>  1. Dan OTR 3 2. Dan zajtrk 0, bistra tekočina po op. posegu, kosilo fresubin orig., večerja :puding, mleko 3. Dan T1- tekoča + zajtrk Fresubin orig. 4. Dan T2-kašasta
C – cilj zdravstvene nege	Z – zdravnik	
D – dopoldan	ZN – zdravstvena nega	
DO – doseženo	ZNK – Kazalci kakovosti zdravstvene nege	
O – odklon	ZV- zdravstvena vzgoja	
P – popoldan	Ocena bolečine po VAS lestvici	
MS – medicinska sestra, zdravstveni tehnik	☺ 1-2    ☹ 3-4    ☹ 5-6	
N – ponoči	☹ 7-8    :☹: 9-10	
ND – negovalna diagnoza		

### Spoštovani starši!

V primeru hospitalizacije enega izmed staršev ob otroku ter v času obiskov, ko vam je otrok zaupan, **ZA VARNOST IN VARSTVO OTROKA ODGOVARJATE SAMI!**

Zato vas vljudno prosimo, da upoštevate varnostne in preventivne ukrepe, ki zmanjšujejo možnost poškodb vašega otroka ter sprejmete in upoštevate navodila zdravstvenega osebja.

Naprašamo vas, da otroka iz varnostnih razlogov nikoli ne puščate samega.

V primeru, ko morate zapustiti sobo vas vljudno prosimo, da o tem obvestite osebje oddelka.

Kolektiv ORL oddelka

Podpis staršev ali skrbnika:

## SPREJEM Z AMBULANTNIM PREGLEDOM

Datum predhodnega ORL pregleda	_____	Izvid priložen	DA	NE
--------------------------------	-------	----------------	----	----

Kategorija	Kdo	AMBULANTNI PREGLED	Parafa	O
	Z	Anamneza <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</span> Fizikalni pregled <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</span>		
Naročene preiskave	Z	Tympanogram      D: A B C    L: A B C <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</span> ADG <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE</span>		

### TERAPEVTSKI LIST

Datum in čas	Parafa	Zdravilo	doza	način	čas	Aplikacija: ura, parafa
		<b>DIETA:</b> _____				

Pojasnilo pacientu	Da	Ne	Parafa	O
Starši so seznanjeni z namenom in vrsto posega ter so razumeli razlago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Podpisan privolitveni obrazec za operativni poseg in izjava o posredovanju informacij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Seznanitev s klinično potjo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Podpisano pisno soglasje za anestezijo in izpolnjena predoperativna anketa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Priložen izvid pediatra o sposobnosti otroka za operativni poseg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Priloženi laboratorijski izvidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Narejen spisek zdravil, ki jih jemlje <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ne jemlje zdravil</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otrok je dobil identifikacijsko zapestnico na D roko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Opravljene preiskave:</b> Tympanogram _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Negovalna anamneza ob sprejemu</b>				
Dosedanja obolenja: _____				
Socialni status: otrok živi <input type="checkbox"/> s starši <input type="checkbox"/> drugo _____				
Navade v zvezi z osebno higieno: <input type="checkbox"/> samostojen <input type="checkbox"/> delno odvisen <input type="checkbox"/> popolnoma odvisen <input type="checkbox"/> _____				
Prehrabne navade otroka: _____				
Navade z izločanjem in odvajanjem: _____				
Navade v zvezi s spanjem in počitkom: _____				
Omejitve z vidika ogroženosti in invalidnosti: <input type="checkbox"/> ni omejitev <input type="checkbox"/> očala <input type="checkbox"/> slušni aparat <input type="checkbox"/> _____				
Psihično stanje otroka: <input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> prestrašen <input type="checkbox"/> drugo _____				
Podpis MS _____				

**Sprejem otroka na oddelek ura \_\_\_\_\_ 1.dan hospitalizacije**

Kategorija ZN _____	Kdo		Parafa			O
			D	P	N	
<b>ND: Strah pred op. posegom, novim okoljem</b> C: Pacient bo pomirjen NN: Seznanitev otroka in staršev s hišnim redom, oddelkom, potekom priprave na op. poseg p.p. obvestimo zdravnika  <b>ND: Nevarnost padcev</b> C: Do padcev ne bo prišlo NN: Skrb za varnost otroka Okna zavarovana  <b>ND: Delna odvisnost pri osebni higieni, oblačenju</b> C: Pacient bo čist in negovan NN: Umivanje, tuširanje, umivanje zob, p.p. pomagamo, vzpodbujamo, kontroliramo	MS	Telesna teža : _____ kg TV: _____ cm				
		Telesna temperatura izmerjena				
		Namestitev v računalnik in kategorizacija bolnikov Izpolnjena kartica za hrano in naročena hrana				
		Seznanitev otroka in staršev s hišnim redom, Priprava na op. poseg				
		Nadzor otroka v dnevnem prostoru in sobah , opazovanje otroka med spanjem				
		Spremljanje otroka k anesteziologu ob _____ uri Opravil pregled pri anesteziologu				
		Premedikacija napisana Da Ne				
		Večerna nega opravljena Da Ne				
		Naročilo hrane za pooperativno obdobje po protokolu				
		Posebna opažanja:				
Popoldanska vizita	Z	<input type="checkbox"/> Brez posebnosti <input type="checkbox"/> Drugo: _____				
Intervencije		_____ _____ _____				
Vrednotenja		Vse aktivnosti 1. dne opomnika so dosežene	DO			O

**OPERATIVNI DAN 2.dan hospitalizacije**

Kategorija ZN _____	Kdo	Datum: _____	Parafa	O
<b>Priprava na op. p.</b>  <b>ND: Nevarnost padcev</b> C: Do padcev ne bo prišlo NN: Skrb za varnost otroka Stalen nadzor po aplikaciji premedikacije Namestitev ograjic p.p. Okna zavarovana  <b>ND: Strah pred op. posegom</b> C: Pacient bo pomirjen NN: Pacientu razložimo potek današnjega dne, (postopke, posege) p.p. obvestimo zdravnika	MS	Otrok tešč po smernicah oddelka za perioperativo		
		Jutranja nega opravljena		
		Telesna temperatura izmerjena		
		Vzel zdravila kot naročeno ob _____ uri		
		Nakit odstranjen		
		Premedikacija dana ob _____ uri		
		Pacient pomirjen		
Posebna opažanja		Skrb za varnost otroka po aplikaciji premedikacije do odhoda v op blok Transport otroka v op. blok, ura.....		
Vrednotenja		Vse aktivnosti preoperativnega opomnika so dosežene	DO O	

Kategorija	Kdo	SPREJEM V OPERACIJSKO DVORANO	Parafa	O
	MS	Nastavljen medoperacijski list za inštrumentarski protokol		
		Beleženje in arhiviranje indikatorjev sterilizacije		
		Ob prihodu dokumentacija pregledana		
Položaj pacienta		<input type="checkbox"/> Na hrbtu <input type="checkbox"/> Podloga pod hrbtom		
Hemostaza		<input type="checkbox"/> Hemostaza - s tamponi <input type="checkbox"/> Hemostaza - z elektrokoagulacijo <input type="checkbox"/> Hemostaza – vшит tampon <input type="checkbox"/> Hemostaza – zadajšnja tamponada <input type="checkbox"/> Hemostaza - s koblatorjem		
		<input type="checkbox"/> Tamponi po posegu prešteti – ne manjka nobeden		
Preiskave		Vzet material <input type="checkbox"/> Bris <input type="checkbox"/> Tkivo za HI		
		Operativni zapisnik priložen Da Ne		
		Vse aktivnosti medoperativnega obdobja so dosežene	DO	O

	Kdo	Prebujevalnica		
	ANE MS	Anestezijski list priložen Da Ne		
Evalvacija		Vse aktivnosti medoperativnega obdobja so dosežene	DO	O

NAVODILO ANESTEZIOLOGA ZA LAJŠANJE AKUTNE POOPERATIVNE BOLEČINE										SKL 11									
Datum:		Podpis anesteziologa:																	
ZBUJEVAL.	1. DAJ ANALGETIK V ZBUJEVALNICI	IV:																	
	2. OB NEZADOSTNI ANALGEZIJ DAJ	IV:																	
	3. Dodatna terapija, opombe, navodila, drugo:																		
ODDELEK	4. DAJ ANALGETIK NA ODDELKU	IV:								NA	UR								
	5. OB NEZADOSTNI ANALGEZIJ DAJ	IV:								PP NA	UR								
	6. Dodatna terapija, opombe, navodila, drugo:																		
	7. KO BOLNIK ZMOŽEN PER OS, DAJ	PO:								NA	UR								
	8. OB NEZADOSTNI ANALGEZIJ DAJ	PO:								PP NA	UR								
	9. OB NEZADOSTNI ANALGEZIJ DAJ	PO:								PP NA	UR								
10. Dodatna terapija, opombe, navodila, drugo:																			
ZBUJEVALNICA																			
Datum	Ura	Frekv. srca (min)	Krvni tlak (mmHg)	Frekv. dihanja (min)	SpO <sub>2</sub> na zraku	SpO <sub>2</sub> na kisiku	VAS	Zdravilo	Odmerek (mg, g)	Način aplikacije	PCA infuzija (ml/h)	PCA bolus (mg)	Epid. infuzija (ml/h)	Epiduralni bolus (ml)	Sedacija	Slabost, bruhanje (+/-)	Motorični blok (+/-)	Senzorni blok (+/-)	Opombe
SEDACIJA (Ramsay): bolnik je ob odpustu (označi)				BOLNIKA ODPUŠČAMO (označi):				<input type="checkbox"/> Bolnik premeščen na: _____ <input type="checkbox"/> Čas predaje: _____ <input type="checkbox"/> Bolnika je predal: _____ <input type="checkbox"/> Bolnika je sprejel: _____											
1 anksiozen/nemiren	4 spi, hitro odziven	<input type="checkbox"/> iz zbujev. na oddelek /10 točk (Aldrete)																	
2 miren, orientiran	5 spi, leno odziven	<input type="checkbox"/> iz operacijske na oddelek /14 točk (White)																	
3 zaspan, odziven	6 spi, je neodziven	<input type="checkbox"/> domov /10 točk (PADS)																	





			D	P	N	O	
<b>ND:Nevarnost padcev</b> C: Do padcev ne bo prišlo NN: Skrb za varnost otroka, Okna zavarovana Namestitve ograjice p.p.		<input type="checkbox"/> Nameščena ograjica <input type="checkbox"/> Prisotnost staršev <input type="checkbox"/> Klicna naprava	Da Ne	Da Ne	Da Ne		
		Parafa					
<b>Ocena jakosti bolečine</b>  <b>ND: Bolečina</b> C:Pacient bo brez bolečin, oz. bodo minimalne NN: ocena bolečine na 2 uri, p.p. večkrat, če otrok spi ga ne budimo aplikacija naročenega analgetika ko otok a boli p.p.obvestimo zdravnika  <b>ND:Nevarnost za neuravnovešeno telesno temperaturo</b> C:telesna temperatura bo nadzorovana NN:Meriti telesno temperaturo 2X na dan , v primeru povišane tel. temperature večkrat na dan Ob povišanju telesne temperature obvestiti zdravnika		<b>VODENJE bolečine po lestvici VAS</b>					
		Ura	Stopnja:	Analgetik:	D	P	N
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:				
		Telesna temperatura izmerjena					
Kontrola izločanja		<input type="checkbox"/> uriniral (8-10 ur po OP brez izločanja urina opozori zdravnika!)	Da Ne				
Popoldanska vizita	Z	<input type="checkbox"/> Da, brez posebnosti <input type="checkbox"/> Zapleti, opombe: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Zdravnik je pregledal napredovanje pacienta, razložil operativni potek in razložil nadaljnji potek zdravljenja					
Intervencije		_____ _____ _____					
<b>ND: Strah po op. posegu</b> C: Pacient bo pomirjen NN: ZV delo, razgovor, razlaga glede pooperativne zn, prehrana, gibanje p.p. obvestimo zdravnika	MS	Sprememba hrane po protokolu					
		Pogovor s starši, otrokom					
		Opazovanje otroka med spanjem					
Poročilo ZN na operativni dan							
Edukacija, načrtovanje odpusta		Primerna stopnja aktivnosti za pacienta, razlaga diete, ravnanja (stik z vodo), obvladovanje bolečine razloženo					
Vrednotenje		Lajšanje bolečine je doseženo na primerni ravni Pacient je zadovoljen z odgovori na svoja vprašanja Vse aktivnosti dneva 0 po operaciji so dosežene			DO	O	

**1. POOPERATIVNI DAN** Datum: \_\_\_\_\_ **3.dan hospitalizacije**

Kategorija ZN			Parafa	O
Pregled zdravnika (dop.vizita)	Z	Pregled pacienta		

TERAPEVTSKI LIST (Th. velja do 2. poop. dne do vizite)						
Datum, čas	Parafa	Zdravilo	Doza	Način	Čas	Aplikacija:ura, parafa

<p><b>ND: Bolečina</b> C: Pacient bo brez bolečin, oz. bodo minimalne NN: ocena bolečine na 4 ure, p.p. večkrat, če otrok spi ga ne budimo aplikacija naročenega analgetika ko otroka boli, p.p.obvestimo zdravnika</p> <p><b>ND: Nevarnost za neuravnovešeno bilanco tekočin</b> <b>Težave pri požiranju hrane, tekočin</b> C: Pacient bo ustrezno hidriran in prehranjen Upoštewane bodo dietne omejitve NN: Naročiti ustrezno hrano Ponuditi, spodbujati, pomagati pri pitju Beležiti zaužito tekočino, hrano</p> <p><b>ND: Nevarnost krvavitve iz op. rane</b> C: Krvavitev bo takoj opažena Pacient bo miren NN: Opazovanje sline, izcedka iz nosu v izmeni, p.p. tudi večkrat,</p> <p><b>ND: Nevarnost za neuravnovešeno telesno temperaturo</b> C: telesna temperatura bo nadzorovana NN: Meriti telesno temperaturo 3X na dan, v primeru povišane večkrat Ob povišanju tel. temperature obvestiti zdravnika</p> <p><b>ND: Delna odvisnost pri osebni higieni, oblačenju</b> C: Pacient bo čist in negovan NN: Umivanje, tuširanje, umivanje zob, p.p. pomagamo, vzpodbujamo, kontroliramo</p> <p><b>ND: Strah po op. posegu</b> C: Pacient bo pomirjen NN: ZV delo, razgovor, razlaga glede pooperativne zn, prehrana, gibanje p.p. obvestimo zdravnika</p>	MS	<b>Ocena jakosti bolečine po lestvici VAS</b>							
		Ura	Stopnja :	Analgetik:		D	P	N	
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:						
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:						
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:						
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:						
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:						
			☺ ☺ ☺ ☹ :☹:						
		Nega opravljena, zobje umiti							
		Slina čista		Da Ne	Da Ne	Da Ne			
		Telesna temperatura izmerjena							
		Stanje zavesti kot pred operacijo, ne bruha							
		Tekočino in hrano uživa brez težav po protokolu							
		Zaužita tekočina (ml.)							
		Zaužita hrana							
Sprememba hrane po protokolu									
Pogovor s starši									
Nadzor otroka v dnevnem prostoru in sobah, opazovanje otroka med spanjem									
Posebnosti pri opazovanju									
Popoldanska vizita	Z	<input type="checkbox"/> Brez posebnosti <input type="checkbox"/> drugo: _____							
Intervencije		_____ _____ _____							
Vrednotenje	MS	Lajšanje bolečine je doseženo na primerni ravni			DO		O		
		Vse aktivnosti 1.dne po operaciji so dosežene							



**2. POOPERATIVNI DAN** Datum: \_\_\_\_\_ **4.dan hospitalizacije**

Kategorija ZN							Parafa	O		
Pregled zdravnika (dop.vizita)		Z	Pregled pacienta							
<b>TERAPEVTSKI LIST</b> (Th. velja do 3. poop. dne do vizite)										
Datum, čas	Parafa	Zdravilo	Doza	Način	Čas	Aplikacija:ura, parafa				
<p><b>ND: Bolečina</b> C: Pacient bo brez bolečin, oz. bodo minimalne NN: ocena bolečine na 4 ure, p.p. večkrat, če otrok spi ga ne budimo aplikacija naročenega analgetika ko otroka boli, p.p.obvestimo zdravnika</p> <p><b>ND: Nevarnost za neuravnovešeno bilanco tekočin</b> <b>Težave pri požiranju hrane, tekočine</b> C: Pacient bo ustrezno hidriran in prehranjen Upoštewane bodo dietne omejitve NN: Naročiti ustrezno hrano Ponuditi, spodbujati, pomagati pri pitju Beležiti zaužito tekočino, hrano</p> <p><b>ND: Nevarnost krvavitve iz op. rane</b> C: Krvavitev bo takoj opažena Pacient bo miren NN: Opazovanje sline, izcedka iz nosu v izmeni, p.p. tudi večkrat,</p> <p><b>ND: Nevarnost za neuravnovešeno telesno temperaturo</b> C: telesna temperatura bo nadzorovana NN: Meriti telesno temperaturo 3X na dan, v primeru povišane večkrat Ob povišanju tel. temperature obvestiti zdravnika</p> <p><b>ND: Delna odvisnost pri osebni higieni, oblačenju</b> C: Pacient bo čist in negovan NN: Umivanje, tuširanje, umivanje zob, p.p. pomagamo, vzpodbujamo, kontroliramo</p> <p><b>ND: Strah po op. posegu</b> C: Pacient bo pomirjen NN: ZV delo, razgovor, razlaga glede pooperativne zn, prehrana, gibanje p.p. obvestimo zdravnika</p>		MS	<b>Ocena jakosti bolečine po lestvici VAS</b>							
			Ura	Stopnja :	Analgetik:			D	P	N
				☺ ☺ ☺ ☺ :☹:						
				☺ ☺ ☺ ☺ :☹:						
				☺ ☺ ☺ ☺ :☹:						
				☺ ☺ ☺ ☺ :☹:						
				☺ ☺ ☺ ☺ :☹:						
				☺ ☺ ☺ ☺ :☹:						
			Nega opravljena, zobje umiti							
			Slina čista		Da Ne	Da Ne	Da Ne			
			Telesna temperatura izmerjena							
			Stanje zavesti kot pred operacijo, ne bruha							
			Tekočino in hrano uživa brez težav po protokolu							
			Zaužita tekočina (ml.)							
			Zaužita hrana							
Sprememba hrane po protokolu										
Pogovor s starši										
Nadzor otroka v dnevnem prostoru in sobah, opazovanje otroka med spanjem										
Posebnosti pri opazovanju										
Popoldanska vizita		Z	☐ Brez posebnosti ☐ drugo: _____							
Intervencije			_____ _____ _____							
Vrednotenje	MS		Lajšanje bolečine je doseženo na primerni ravni			DO	O			
Vse aktivnosti 2.dne po operaciji so dosežene										

Kategorija ZN _____			Parafa	O	
<b>ND:Delna odvisnost pri osebni higieni, oblačenju</b> C: Pacient bo čist in negovan NN: Umivanje, tuširanje, umivanje zob, p.p. pomagamo, vzpodbujamo, kontroliramo <b>ND: Nevarnost krvavitve iz op. rane</b> C: Krvavitev bo takoj opažena Pacient bo miren NN:Opazovanje sline, izcedka iz nosu v izmeni, p.p. tudi večkrat, <b>ND:Nevarnost za neuravnovešeno telesno temperaturo</b> C:telesna temperatura bo nadzorovana NN:Izmeriti telesno temperaturo, v primeru povišane, večkrat .Ob povišanju telesne temperature obvestiti zdravnika . <b>ND: Bolečina</b> C:Pacient bo brez bolečin, oz. bodo minimalne NN: ocena bolečine, aplikacija naročenega analgetika ko otroka boli, p.p.obvestimo zdravnika	MS	Nega opravljena , zobje umiti			
		Nadzor otroka v dnevnem prostoru in sobah			
		Telesna temperatura izmerjena			
		Posebnosti pri opazovanju:			
		Slina čista	Da Ne		
		ura <b>Ocena jakosti bolečine:</b>	<b>Analgetik:</b>		
	☺ ☺ ☺ ☺ :☹:				
	☺ ☺ ☺ ☺ :☹:				
Pregled zdravnika (dopoldanska vizita)	Z	Pregled pacienta			

**TERAPEVTSKI LIST**

Datum, čas	Parafa	Doza	Način	Čas	Aplikacija:ura, parafa

Zdravila ob odpustu		<input type="checkbox"/> Naročena terapija za domov -protibolečinska zdravila (Calpol, Lekadol) _____ <input type="checkbox"/> Izdani Rp _____ _____		
Odpustnica		<input type="checkbox"/> Odpustnica bo poslana po pošti, dobil začasno odpustnico		
Kontrolni pregled		<input type="checkbox"/> Naročen na kontrolni pregled , datum: _____ <input type="checkbox"/> Kontrola po potrebi		
<b>ND:Pomanjkljivo znanje glede popooperativne rehabilitacije</b> C:Pacient bo pomirjen, vedel bo kako ravnati v primeru poslabšanja stanja NN: ZV delo, razgovor, razlaga glede pooperativne zn, prehrana, gibanje, kam priti v primeru komplikacij p.p. obvestimo zdravnika	MS	Odstranitev i.v. kanile ura _____ <input type="checkbox"/> Pacient je dobil ustna in pisna navodila v zvezi z bolečino, prehrano, telesno temperaturo, opazovanjem operativne rane, krvavitvijo. <input type="checkbox"/> Pacient ve, da lahko pokliče v primeru nujnosti na ORL odd in dobi navodila za naprej.		
Pacientu vrnjena dokumentacija		<input type="checkbox"/> Medicinska dokumentacija Da Ne <input type="checkbox"/> Osebni predmeti Da Ne		
		Pacient odpuščen: <input type="checkbox"/> domov <input type="checkbox"/> _____		
Kriteriji za odpust		Vse aktivnosti za dan odpusta so dosežene	DO	O
Izjava pacienta/svojca/skrbnikov/staršev:				
Prejel in razumel sem informacije o operaciji in okrevanju po operaciji in ravnal bom v skladu z prejetimi navodili.				
Pacient odpuščen	Podpis: _____			
Ura: _____				