



# TeleKap

- Klinična pot -

## Avtorji:

**\*Matija Zupan**

**\*Viktor Švigelj**

**\*Bojana Žvan**

**\*Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Nevrološka klinika – UKC Ljubljana**

Ljubljana, februar 2015

## Klinična pot TeleKap – Ukrepi laikov pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči (NMP)

**G  
R  
O  
M**

**Sumimo na možgansko kap  
Prepoznamo simptome in TAKOJ ukrepajmo !**

**TELEKAP**

### **PREDBOLNIŠNIČNI PROTOKOL**

**Govor:** Ali lahko oseba govori jasno in razumljivo?  
Ponovi naj: „Tudi starega psa lahko naučim novih trikov,“

**Normalno:**  
oseba ponovi enostaven stavek  
pravilno, brez zatikanja

**Nenormalno:**  
oseba uporabi napačne besede, govor  
se ji zatika ali ne more govoriti

**ROKA:** Ali lahko oseba dvigne roko in jo tam zadrži?



**Normalno:**  
obe roki premika in ju privzdignjeni  
zadrži v zraku

**Nenormalno:**  
ene roke ne more privzdigniti ali pa  
privzdignjena pade

**OBRAZ:** Ali se oseba lahko nasmehne? Ali ima povešen ustni kot?



**Normalno:**  
se nasmehne, obe strani obraza  
normalno premakne

**Nenormalno:**  
ena stran obraza se ne premakne pri  
nasmehu enako kot druga

**MINUTA – MUDI SE:** „Čas so možgani“ **Ukrepajte takoj ! Pokličite 112**

**Razlaga:** če ugotovite kateregakoli od opisanih znakov, je verjetnost, da  
ima oseba možgansko kap, 72 %

## Klinična pot TeleKap – Ukrepi laikov pred prihodom ekipe NMP: RAZLAGA

Laična prepoznavna znakov možganske kapi naj sledi uveljavljenemu prepoznavnemu sistemu »**G-R-O-M**«. Laično javnost je potrebno ob vsaki priložnosti seznanjati z omenjenim enostavnim algoritmom za hitro prepoznavo znakov možganske kapi (MK).

Ključnega pomena je hitro ukrepanje. Edino pravo pot pomoči predstavlja **takojšen klic na številko 112 brez odlašanja!** Ne pozabimo: »**Čas so možgani!**« (svojci, očitvidci, zelo redko bolnik)

Bolnika **NIKDAR NE PUŠČAJMO SAMEGA**, saj se mu stanje lahko nenadoma poslabša in bodo potrebni dodatni, v nadaljevanju omenjeni ukrepi. (svojci, očitvidci)

Izjemnega pomena je **poznavanje časa nastanka** simptomov MK! Če je bolnik pred našimi očmi nenadoma ohromel po eni strani, začel nerazločno govoriti ali padel, si **ČAS dogodka ZAPIŠIMO ali ZAPOMNIMO**. Če bolnika že najdemo s simptomi MK, skušajmo ugotoviti, kdaj je bil nazadnje v svojem običajnem stanju. Poznavanje časa nastanka simptomov MK je bistveno pri odločanju o možnostih nadaljnje zdravljenja! (svojci, očitvidci)

Bolnika s simptomi MK položemo na čimbolj udobno podlago. Ob zoženi zavesti naj leži v stabilnem bočnem položaju, še posebej ob slabosti in bruhanju. Bolniku ne dajemo hrane, pijače in nobenih zdravil! Dajanje Aspirina v takšnem primeru je **NAPAČNO in potencialno škodljivo**, saj ne vemo, ali ni morda utrpel možganske krvavitve, hkrati pa bo morebitno zdravljenje z raztapljanjem krvnega strdka bolj tvegano zaradi večje možnosti krvavitve! (svojci, očitvidci).

Do prihoda ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) počakajmo ob bolniku in ga opazujemo (slabšanje stanja, pojav krčev – epileptični napad), pripravimo seznam bolnikovih zdravil (lahko zberemo škatlice zdravil) in jih izročimo ekipi NMP. Pomembno je poznati bolnikove glavne bolezni, nedavne poškodbe, operacije, morebitne krvavitve iz prebavil, sečil in rodil, že utrpele znake MK in morebitne alergije, predvsem na zdravila. (svojci, očitvidci)

Nekateri bolniki z MK so že v akutnem obdobju življenjsko ogroženi, zato moramo v sicer redkih primerih ukrepati po principu oživljanja ABC. Zaradi zožene zavesti lahko pride do zapadanja jezika, izbruhana vsebina lahko zaide v dihala in pride do akutne zapore dihalne poti. Sprostimo in vzdržujemo odprto dihalno pot (**A-airway**), po potrebi nudimo umetno dihanje (**B-breathing**) in zunanjo masažo srca (**C-circulation**). Če umetnega dihanja ne želimo dajati, izvajamo neprekinjeno masažo srca. (svojci, očitvidci)

Ob prihodu ekipe NMP na kratko povemo, kaj opažamo pri bolniku, predvsem je pomembno navesti **ČAS nastanka simptomov MK** oz. **ČAS, ko smo bolnika NAZADNJE videli v njegovem običajnem stanju**. Izročimo seznam zdravil, ne pozabimo na pomembna spremljajoča bolezenska stanja, omenjena zgoraj. Ekipa NMP bo bolnika odpeljala v najbližjo bolnišnico z najvišjo stopnjo nujne vožnje. Koristno je, da se **nekdo od svojcev/očitvidcev** odpravi v sprejemno ambulanto bolnišnice, **da bo lahko nudil dodatne informacije sprejemnemu zdravniku**. (svojci, očitvidci)

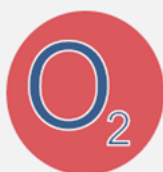
## Klinična pot TeleKap - Ukrepi nujne medicinske pomoči

**G  
R  
O  
M** Sumimo na možgansko kap  
Cilji nujne obravnave bolnika z možgansko kapjo

**TELEKAP**

### PREDBOLNIŠNIČNI in BOLNIŠNIČNI PROTOKOL

Prepoznavaj znake in simptome možganske kapi  
Aktiviraj nujno obravnavo



Ukrepaj ABC;  
dodaj kisik

Naredi hitro  
nevrološko  
oceno

Izmeri  
krvni  
sladkor in  
krvni tlak;  
posnemi  
EKG

Ugotovi  
čas  
nastanka  
simptomov  
(kdaj je bilo  
stanje  
nazadnje  
normalno)

Nastavi  
zeleni i.v.  
kanal;  
daj infuzijo  
0,9% NaCl  
ob nizkem  
tlaku

Pelji  
bolnika v  
najbližjo  
bolnišnico  
z modro  
lučjo

Aktiviraj  
ekipo  
urgentne  
bolnišnične  
službe

Takošen splošen pregled in  
stabilizacija bolnikovega kliničnega stanja na terenu

#### UKREPI zdravnika NMP na terenu:

- Vitalni znaki, ukrepi po principu ABCD
- Kisik pri  $SpO_2 < 94\%$
- Hitra nevrološka ocena
- Preverite krvni sladkor
- RR znižajte, če  $>185/110$  mmHg pri dveh zaporednih merjenjih
- **IV zeleni kanal**, infuzija 0,9 % NaCl ob hipotenziji
- **Posnemite 12-kanalni EKG**
- Anamneza/heteroanamneza o času nastanka simptomov možganske kapi/pridružene bolezni/zdravila/ocena vključitvenih/izključitvenih kriterijev za trombolizo
- **Obvezen klic v RC TeleKap** ali sprejemno bolnišnico:  
**AKUTNA MOŽGANSKA KAP – KANDIDAT ZA TROMBOLIZO!**
- Urgentni reševalni prevoz v **sprejemstvu zdravnika** v sprejemno ambulanto najbližje bolnišnice

## Klinična pot TeleKap: RAZLAGA

**Bistvena determinanta uspešnega zdravljenja je ČAS: »Čas so možgani!«** Izjemno se mudi, nimamo 4,5 ur časa, pač pa **nič!** Vsako minuto žariščne ishemije povprečno odmreta 2 milijona nevronov! Ob sumu na akutno MK naj bo v ekipi NMP **vedno zdravnik!** Ukrepajmo hitro, ne izgublajmo časa po nepotrebnem, vendar opravimo vse v nadaljevanju opisane korake obravnave bolnika na mestu dogodka. (zdravnik NMP)

Ob prihodu k bolniku je nujen takojšen splošen pregled in stabilizacija bolnikovega stanja po principu ABCD. Spremljamo vitalne znake, dodamo kisik pri  $SpO_2 < 94\%$ . Bolnika orientacijsko nevrološko pregledamo. (zdravnik NMP)

Izmerimo krvni sladkor, i.v. glukozo dodamo le ob hipoglikemiji – **ki lahko posnema klinično sliko MK.** (zdravstveni tehnik/medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik NMP)

Izmerimo krvni tlak; če je dvakrat zapored **>185/110 mmHg**, ga znižamo (Kaptopril 12,5 ali 25 mg pod jezik). Nastavimo zeleni kanal, po možnosti kubitarno, ob hipotenziji nastavimo infuzijo 0,9-% NaCl. (zdravnik NMP, zdravstveni tehnik/medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik NMP)

Posnamemo **12-kanalni EKG**, saj se pogosto le tako pokaže morebitni paroksizem atrijske fibrilacije. (zdravnik NMP ali zdravstveni tehnik/medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik NMP)

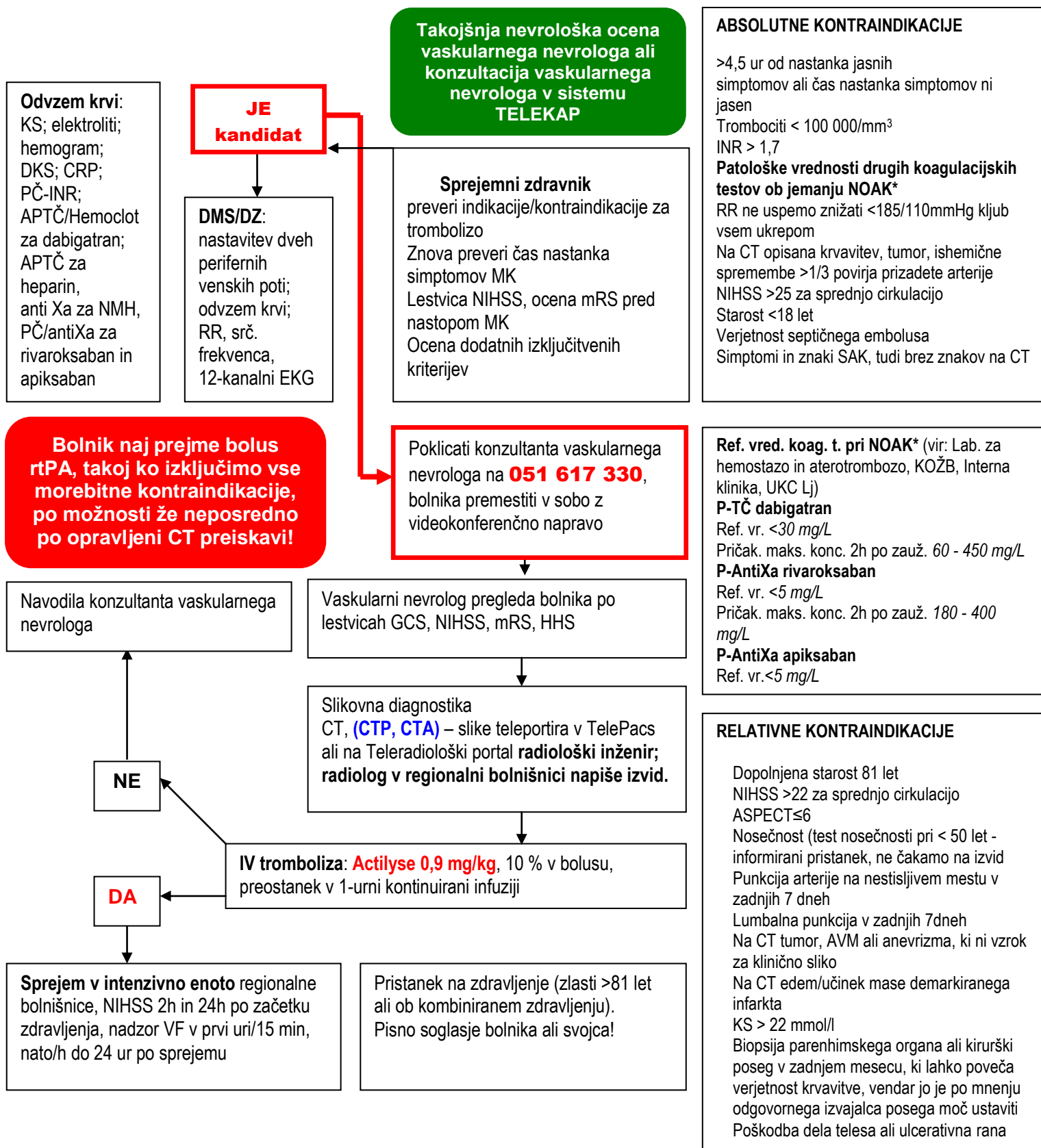
Ugotovimo čas nastanka simptomov MK oz. čas, ko je bilo stanje bolnika nazadnje normalno. Zanimajo nas pridružene bolezni, svojci naj izročijo seznam zdravil, ocenimo vključitvene in izključitvene kriterije za trombolizo, pri novih oralnih antikoagulacijskih (NOAK) zdravilih je zelo pomemben podatek o času, ko je bolnik nazadnje prejel zdravilo, in o rednosti prejemanja (Pradaxa, Xarelto, Eliquis). (zdravnik NMP)

Pozorni bodimo le na morebitne poškodbe ali krvavitve v zadnjem času. (zdravnik NMP)

Bolnika na poti v najbližjo bolnišnico **spremlja zdravnik**, prevoz naj bo urgenten, z modrimi lučmi. Med transportom obvestimo urgentno (sprejemno) ambulanto bolnišnice, kamor bomo pripeljali bolnika (**»Koda: možganska kap«**). **Obvezno napotimo nekoga od svojcev v bolnišnico za bolnikom!** (zdravnik NMP)

Predaja bolnika v urgentni (sprejemni) ambulanti bolnišnice: čas nastanka simptomov oz. ko je bil bolnik nazadnje v svojem običajnem stanju. Ali bolnik prejema zdravila z vplivom na strjevanje krvi? (zdravnik NMP)

## Klinična pot TeleKap – PARTNERSKA BOLNIŠNICA – 1



## Klinična pot TeleKap – Ukrepi v partnerski bolnišnici: RAZLAGA

**Vedno se moramo zavedati pomena hitre obravnave, ne smemo izgubljati časa!** Sprejemni zdravnik v partnerski bolnišnici oceni bolnika glede indikacij in kontraindikacij za trombolizo. Znova je potrebno preveriti čas nastanka simptomov možganske kapi. Če je sprejemni zdravnik večš nevrološkega pregleda in nevroloških ocenjevalnih lestvic NIHSS in mRS, lahko sam pregleda bolnika. Sprejemni zdravnik **pokliče konzultanta vaskularnega nevrologa v Center za TeleKap (051 617 330)**. (*sprejemni zdravnik v regionalni bolnišnici, konzultant vaskularni nevrolog*)

**Diplomirana medicinska sestra (DMS) ali diplomirani zdravstvenik (DZ) v regionalni bolnišnici se vključi v obravnavo ob prepoznavi bolnika kot možnega kandidata za trombolizo (nastavitev drugega zelenega venskega kanala, odvzem krvi, 12-kanalni EKG, če ga bolnik še nima s terena, meritev krvnega tlaka, pulza in oksimetrija). Odvzem krvi, ki ga je najbolje opraviti takoj ob prihodu bolnika, naj zajema: krvni sladkor, elektrolite, hemogram, diferencialno krvno sliko, CRP, PČ-INR, APTČ/TČ s Hemoclotom za dabigatran, APTČ za heparin, anti Xa za nizkomolekularne heparine, PČ in anti Xa za rivaroksaban in apiksaban. **Vzorke krvi nemudoma pošljemo v laboratorij pod najvišjo stopnjo nujnosti – urgentno.** (*DMS, DZ*)**

Če bolnik nima znanih motenj strjevanja krvi ali ne jemlje zdravil z vplivom na koagulacijsko kaskado, načeloma ne čakamo na izvide testov koagulacije pred začetkom prejetja Actilyse, saj bi s tem le po nepotrebnem podaljšali čas do zdravljenja in zmanjšali možnosti za ugoden izid. Za hitro oceno PČ-INR so nam dostikrat lahko v pomoč aparati POC («point of care»), npr. i-STAT, s katerimi ob bolniku izmerimo PČ/INR in dobimo izvid v nekaj minutah, čeprav se njihovi rezultati lahko pomembno razlikujejo od laboratorijskih, zaradi česar je pri njihovi interpretaciji potrebna previdnost. Infuzijo Actilyse ustavimo, če so vrednosti testov hemostaze patološke.

Pri bolnikih na novih oralnih antikoagulacijskih (NOAK) zdravilih je problematična ocena njihovega trenutnega protikoagulacijskega učinka. Izjemnega pomena je podatek **o času zadnjega odmerka NOPKZ**. Če vrednosti koagulacijskih testov niso v normalnem območju ali če je bolnik zadnji odmerek prejel pred manj kot 48 urami, trombolitično zdravljenje ni priporočljivo. Pri nekaterih od teh bolnikov se po posvetu s konzultantom vaskularnim nevrologom lahko odločimo za **mehansko revaskularizacijo**. Če bolnik prejema varfarin, je tromboliza kontraindicirana pri vrednosti INR>1,7. Prejetje nefrakcioniranega heparina v zadnjih 48h je ob APTČ, ki presega zgornjo mejo normale, kontraindikacija za trombolizo. Standardni koagulacijski testi **ne omogočajo** zanesljive ocene protikoagulacijskega učinka NOAK, lahko pa rečemo, da podaljšan APTČ pri dabigatranu in PČ pri zaviralcih aktiviranega faktorja X pomenita izražen učinek zdravil in je tromboliza kontraindicirana. Pri dopolnjeni starosti 81 let je ob prejetju kateregakoli protikoagulacijskega zdravila ne glede na vrednosti koagulacijskih testov pri odločanju o trombolizi potrebna posebna previdnost. Bolniku oz. svojcem je potrebno pojasniti, da Actilyse v tej starostni skupini ob hkratnem prejetju protikoagulacijskih zdravil ni bila preizkušena. Načeloma je pred zdravljenjem potreben informirani pristanelek. (*sprejemni zdravnik, DMS, DZ*)

Bolnika pripeljejo v sobo z videokonferenčno opremo, ki naj bo ob vznožju postelje, zavese naj zastirajo močno svetlobo od zunaj. Vaskularni nevrolog po telepovezavi pregleda bolnika po lestvicah GCS, NIHSS, mRS, HHS oz. sprejemnega zdravnika vodi skozi pregled. (*sprejemni zdravnik v regionalni bolnišnici, konzultant vaskularni nevrolog*)

Takoj po nevrološkem pregledu sledi slikovna diagnostika – **CT glave brez kontrastnega sredstva**, opsijsko CT perfuzija/CT angiografija, za slednji se odločimo po presoji konzultanta vaskularnega nevrologa.

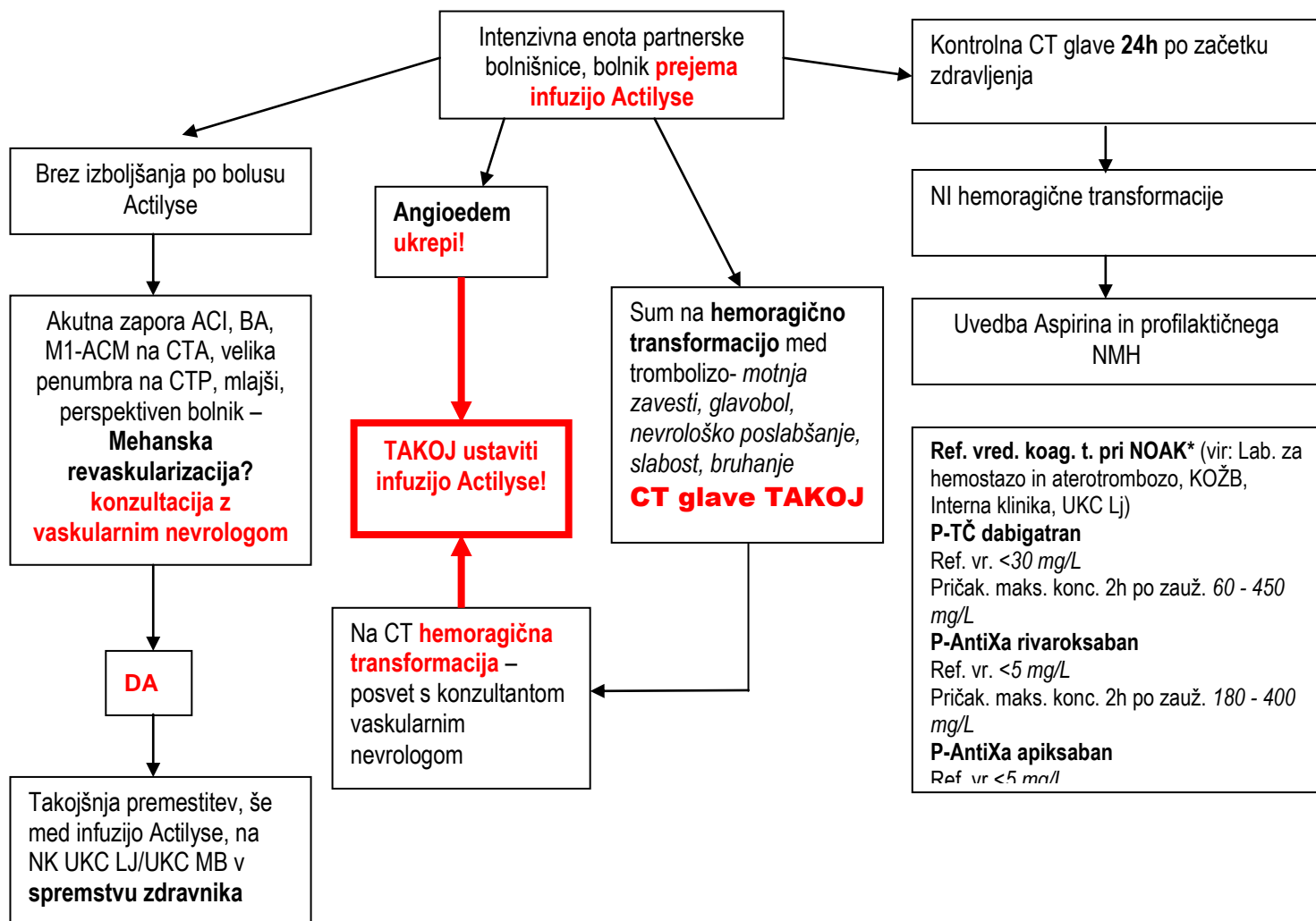
Za CTA vratnih in proksimalnih znotrajlobanjskih arterij se odločimo, kadar gre za sum na trombozo bazilarne arterije ali klinično obsežno MK v sprednjem povirju, ob kliničnem sumu na zaporo proksimalnega dela srednje možganske arterije, pri bolniku, pri katerem bi v poštev prišlo znotrajžilno mehansko zdravljenje (trombektomija, embolektomija). CT perfuzija nam je v pomoč pri posnemovalcih MK (epileptični napad s postiktalno Toddovo parezo), pri MK brez znanega točnega časa nastopa simptomov (npr. MK, ki nastopi v spanju in se bolniki zbudijo z nevrološkimi izpadi) ali pri redkih oblikah MK, ki posnemajo druga stanja (akutna zmedenost).

Bolnikom, ki so kandidati za trombolizo, je potrebno **prednostno opraviti slikanje v najkrajšem možnem času. Radiološki inženir in radiolog** v regionalni bolnišnici naj se pravočasno vključita v obravnavo takšnega bolnika, radiolog naj slike pregleda takoj in posreduje tudi pisni izvid. Slike je potrebno **poslati v TelePacs/na Teleradiološki portal**, da jih lahko na svojem računalniškem zaslonu vidi tudi konzultant vaskularni nevrolog. (*radiološki inženir in radiolog v regionalni bolnišnici*)

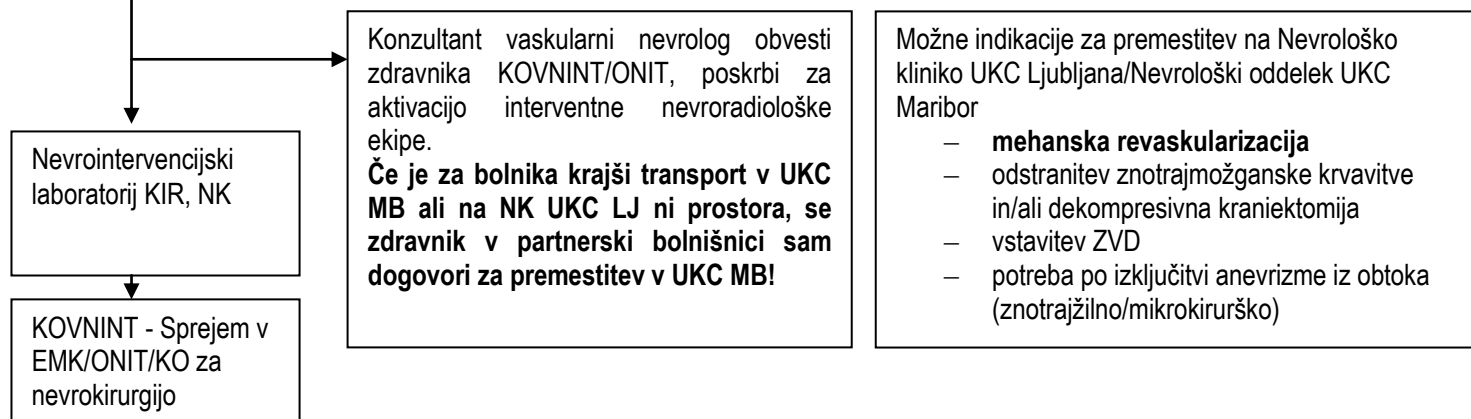
Če se odločimo za trombolizo, mora sprejemni zdravnik obvestiti intenzivno enoto z možnostjo nepretrganega vsaj 24-urnega spremljanja vitalnih funkcij, kamor bo bolnik sprejet. Bolnik naj **čimprej, še v urgentni ambulanti ali že na CT, prejme Actilyse 0,9 mg/kg ocenjene ali dejanske telesne mase, 10 % v bolusu, preostanek v 1-urni kontinuirani infuziji**. Maksimalni odmerek 90 mg prejme bolnik z maso 100 kg ali več. Če bolnik razume, ga moramo seznaniti z nameravanim zdravljenjem, ker pa gre za urgentno stanje, ne čakamo na pisno soglasje. (*sprejemni zdravnik, DMS, DZ*)



## Klinična pot TeleKap – PARTNERSKA BOLNIŠNICA – 2



## Klinična pot TeleKap – REPUBLIŠKI CENTER ZA TeleKap (NK UKC LJ)



ACI: notranja karotidna arterija; BA: bazilarna arterija; BA: bazilarna arterija; M1-ACM: deblo srednje možganske arterije, NMH: nizkomolekularni heparin. CTA: CT angiografija; CTP: CT perfuzija; EMK: Enota za možgansko kap; GVT: globoka venska tromboza; KOVNINT: klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo Nevrološke klinike, UKC Ljubljana; KIR: Klinični inštitut za radiologijo; M1-ACM: deblo srednje možganske arterije; ONIT: oddelek nevrološke intenzivne terapije; ZVD: zunanja ventrikularna drenaža.

## Klinična pot TeleKap – Ukrepi v PARTNERSKI BOLNIŠNICI: RAZLAGA – 2

Pred aplikacijo Actilyse mora biti krvni tlak **obvezno pod 185/110 mmHg**, sicer ga je potrebno znižati: Kaptopril 12,5 ali 25 mg sl ali Ebrantyl 12,5 mg v bolusih in nato po potrebi v kontinuirani infuziji. Opcijsko labetalol, nitroglicerol, nepresol ali katapresan. (*sprejemni zdravnik, DMS, DZ*)

Po sprejemu v intenzivno enoto partnerske bolnišnice spremljamo vitalne funkcije v prvi uri na 15 minut, nato pa vsako uro do dopoljenih 24 ur po sprejemu. Po dveh urah od aplikacije bolusa Actilyse je potrebno opraviti prvi pregled po NIHSS, nato pa po 24h. Bolnika mora med infuzijo Actilyse in vsaj 2 uri po začetku zdravljenja nadzirati usposobljena oseba. Klinično nevrološko oceno naredimo že po koncu trombolize, lahko tudi že vmes. (*oddelčni zdravnik, DMS/DZ, nevrolog v partnerski bolnišnici, eventualno konzultant vaskularni nevrolog v mreži TeleKap*)

Ob **nevrološkem poslabšanju** med trombolizo, ki se kaže z glavobolom, slabostjo, bruhanjem, poslabšanjem nevroloških izpadov in motnjo zavesti moramo najprej pomisliti na hemoragično transformacijo, **TAKOJ USTAVITI** infuzijo Actilyse in **TAKOJ ponoviti CT glave**. Glede na izvid kontrolnega slikanja se posvetujemo s konzultantom vaskularnim nevrologom o nadaljnjih ukrepih. (*oddelčni zdravnik, DMS*)

**Angioedem** ustnic, mehkega neba, žrela in grla med trombolizo (še posebej pri bolnikih, ki že od prej prejemajo **zaviralce ACE**). **TAKOJ ustavimo infuzijo Actilyse** in ukrepamo po principu ABCD. Dajemo Tavegyl 1 amp iv, SoluCortef 100-500 mg iv, Ca LEOPOLD (glukonat) 1 amp iv, ob hipotenziji infuzije na obeh perifernih venskih pristopih, Adrenalin 1 amp počasi iv ob spremljanju krvnega tlaka in frekvenca pulza, po potrebi intubacija, krikotiroidotomija, umetno predihavanje. (*oddelčni zdravnik, DMS*)

Če po bolusu Actilyse ni nikakršnega nevrološkega izboljšanja, aortocervikalna in znotrajlobanjska CTA pa pokaže akutno zaporo notranje karotidne arterije, bazilarne arterije ali debla srednje možganske arterije, pri čemer je na CT perfuziji videti veliko penumbro, bolnik pa je mlajši in z dosedanjo dobro kakovostjo življenja, razmislimo o **mehanski revaskularizaciji** po posvetu s konzultantom vaskularnim nevrologom. O njej lahko razmišljamo pri primernih bolnikih na NOAK in v primerih, kjer bi bila sistemska tromboliza povezana s prevelikim tveganjem za krvavitev. Mehansko revaskularizacijo po veljavnih mednarodnih priporočilih opravljajo v terciarnih centrih v okviru raziskav, **ne predstavlja pa standardnega zdravljenja** bolnikov z akutno ishemično možgansko kapjo. (*oddelčni zdravnik v posvetu s konzultantom vaskularnim nevrologom*)

Bolnika, ki ga premeščamo v Republiški center TeleKap, je potrebno premestiti **nemudoma**, s sekundarnim urgentnim reševalnim transportom, **obvezno v spremstvu zdravnika**, na Nevrološko kliniko UKC LJ ali na Nevrološki oddelek UKC MB. Med možnimi indikacijami za premestitev poleg mehanske revaskularizacije so nevrokirurška odstranitev znotrajmožganske krvavitve in /ali dekompresivna kraniektomija, vstavitve zunanje ventrikularne drenaže in izključitev anevrizme iz obtoka bodisi z znotrajžilno bodisi mikrokirurško tehniko. (*oddelčni zdravnik, konzultant vaskularni nevrolog, zdravnik v spremstvu*)

Po **24 urah** od začetka zdravljenja z Actilyse **vedno** opravimo kontrolno CT slikanje glave. Če ni hemoragične transformacije, uvedemo Aspirin in profilaktični odmerek nizkomolekularnega heparina za preventivo globoke venske tromboze. (*radiološki inženir, radiolog, oddelčni zdravnik*)

V odpustno dokumentacijo bolnika zabeležimo **nevrološko oceno (št. posega 96008-00) 2 uri po začetku trombolize, 24 ur po začetku trombolize, 7 dni po sprejemu in ob odpustu po lestvicah**

**NIHSS, mRS in GKS.** Bolniku uredimo datum kontrolnega pregleda v nevrološki ambulanti po 3 mesecih od nastopa možganske kapi. Tedaj ga zopet ocenimo vsaj po lestvicah NIHSS in mRS. *(odpustni zdravnik, nevrolog v partnerski bolnišnici)*

Bolnik naj bo v okviru razpoložljivih možnosti partnerske bolnišnice deležen ustrezne **nevrorehabilitacijske obravnave.** *(nevrorehabilitacijski tim v partnerski bolnišnici)*

## **Klinična pot TeleKap – REPUBLIŠKI CENTER TeleKap (Nevrološka klinika UKC LJ): RAZLAGA**

Konzultant vaskularni nevrolog bodisi v Republiškem centru za TeleKap na Nevrološki kliniki UKC Ljubljana bodisi z druge lokacije izven rednega delovnega časa je odgovoren za konzultacije. Skupaj s sprejemnim zdravnikom regionalne bolnišnice s pomočjo telepovezave pregleda bolnika oz. sprejemnega zdravnika vodi skozi pregled. Če je v dvomih, se posvetuje z bolj izkušenim kolegom. *(konzultant vaskularni nevrolog)*

Ob odločitvi za premestitev v terciarni center konzultant vaskularni nevrolog obvesti sprejemnega zdravnika v Urgentni nevrološki ambulanti na Nevrološki kliniki UKC Ljubljana in zdravnika KO za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo Nevrološke klinike – KOVNINT (01 522 86 41) in dežurnega nevrologa UKC LJ, ki obvesti interventnega nevrologa. Ta poskrbi za organizacijo celotne ekipe interventne nevrologije do prihoda bolnika v nevrointervencijski laboratorij Kliničnega inštituta za radiologijo Nevrološke klinike UKC LJ. *(konzultant vaskularni nevrolog)*

Po opravljenem posegu glede na bolnikovo stanje sledi sprejem v Enoto za možgansko kap ali na Oddelek nevrološke intenzivne terapije KOVNINT Nevrološke klinike, UKC LJ. Opcijsko uredimo sprejem na Klinični oddelek za nevrokirurgijo UKC LJ. **V rednem delovnem času ob delovnikih, tj. med 8.00 in 16.00 uro, konzultant vaskularni nevrolog sprejme bolnika, po dogovoru premeščenega v mreži TeleKap, na eno izmed enot KO za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo, Nevrološke klinike, UKC Ljubljana. Izven rednega delovnika (tedaj, ko konzultant vaskularni nevrolog opravlja delo z oddaljene lokacije) pa sprejem opravi zdravnik, ki je tisti čas razpisan v Službi urgentne nevrologije (SUN).** *(konzultant vaskularni nevrolog, zdravnik KOVNINT, zdravnik v SUN, DMS)*

Če je za bolnika krajši transport v UKC MB ali na NK UKC LJ ni prostora, se zdravnik v partnerski bolnišnici sam dogovori za premestitev na Nevrološki oz. Nevrokirurški oddelek UKC MB. *(oddelčni zdravnik partnerske bolnišnice, nevrolog/nevrokirurg UKC MB)*