



**Klinična pot za Atrijsko fibrilacijo
Interni oddelek**

1.SPREJEMNA AMBULANTA

- Ambulantni pregled
- Enodnevna obravnava
- Sprejem

UGOTOVITVE (izpolni zdravnik)

Pričakovana obravnava: ambulantna oddelčna

- novoodkrita AF
 - trajanje AF < 48 ur trajanje > 48 ur ali nejasno trajanje
- kronična AF

Bolnik že jemlje antitrombolitično terapijo:

antikoagulantna da ne

antiagregacijska da ne

KRITERIJI ZA OCENJEVANJE OGROŽENOSTI (izpolni zdravnik)

CHADS2 score:

- srčno popuščanje 1
- arterijska hipertenzija 1
- starost > 75 let 1
- sladkorna bolezen 1
- prebolela možganska kap ali TIA, embolija 2
- mitralna stenoza

2. ODDELEK (BOLNIŠNICA)

- novoodkrita AF
 - trajanje AF < 24 ur trajanje > 24 ur ali nejasno trajanje
- kronična AF

Bolnik že jemlje antitrombolitično terapijo:

antikoagulantna da ne

antiagregacijska da ne

iv kanal nastavljen v SA; odvzete krvne preiskave

iv kanal nastavljen na oddelku; odvzete krvne preiskave

LABORATORIJSKI IZVIDI(obkljukamo kaj je naročeno)

	Da	Ne	Opombe/ODKLON
Hemogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Elektroliti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
dušični retenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
troponin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
INR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
D-dimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
digoksin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
RTG pc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
UZ srca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Podpis zdravnika:

ODLOČITVE O ZDRAVLJENJU

1. Konverzija TAKOJ			2. ODLOŽENA Konverzija			3. UPOČASNITEV		
Postopki sprejema (izpolni MS) <input type="checkbox"/> negovalna dokumentacija <input type="checkbox"/> podpisani pristanek na elektrokonverzijo			Postopki sprejema (izpolni MS) <input type="checkbox"/> negovalna dokumentacija <input type="checkbox"/> podpisani pristanek na elektrokonverzijo			<input type="checkbox"/> medikamentozna konverzija <input type="checkbox"/> opazovanje bolnika 24 ur in nato odločitev o ukrepanju		
	Da	Odklon		Da	Odklon		Da	Ne
AF ≤ 48 ur	<input type="checkbox"/>		AF ≥ 48 ur ali neznano	<input type="checkbox"/>		Beta blokatorji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemodinamska nestabilnost	<input type="checkbox"/>		Antikoagulantna terapija	<input type="checkbox"/>		digitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutno poslabšanje SP	<input type="checkbox"/>		Uvedba NMH	<input type="checkbox"/>		verapamil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>		Uvedba kumarinov	<input type="checkbox"/>		Uvajanje antitrombotične terapije CHADS2 - _____		
AF z zelo hitrim odgovorom (WPW)	<input type="checkbox"/>		antiaritmiki	<input type="checkbox"/>		antikoagulantna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ELEKTROKONVERZIJA IZVEDBA Elektrokonverzije EIIT			<input type="checkbox"/> ODLOG ELEKTROKONVERZIJE			<input type="checkbox"/> bolnik leži na oddelku <input type="checkbox"/> bolnik leži v EIIT		
	Da	Odklon		Da	Odklon			
Bolnik tešče VSAJ 4 ure	<input type="checkbox"/>		Določen datum kontrole INR	<input type="checkbox"/>				
i.v. kanal	<input type="checkbox"/>		Pacient dobil knjižico	<input type="checkbox"/>				
monitor	<input type="checkbox"/>		Določen datum odložene EK	<input type="checkbox"/>				
O ₂	<input type="checkbox"/>		Pacient dobil tel. št. za naročilo	<input type="checkbox"/>				
Sedacija:			Pacient dobil navodila o pripravi na EK	<input type="checkbox"/>				
profol	<input type="checkbox"/>		2-3 dni pred EK določen INR (pokliče MS)	<input type="checkbox"/>				
diazepam	<input type="checkbox"/>							
Sinhrona elektrokonverzija:		MOČ v J						
enkratna	<input type="checkbox"/>							

večkrat	<input type="checkbox"/>		
---------	--------------------------	--	--

KONVERZIJA uspešna <input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Opazovanje v EIIT	<input type="checkbox"/> Upočasnitev odgovora prekatov
Odpust iz EIIT <input type="checkbox"/> oddelek <input type="checkbox"/> domov	<input type="checkbox"/> odpust <input type="checkbox"/> oddelek
Podpis zdravnika:	

ODPUST

Kdo		Da	Odklon
ZD	Sinusni ritem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
ZD	Antiarritmiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
ZD	Antitroboična terapija	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
ZD	antikoagulantna	<input type="checkbox"/> NMH	<input type="checkbox"/> kumarini
ZD	antiagregacijaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
ZD	INR v terapevtskem območju	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
MS	Določen datum kontrole INR	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
MS	Določen datum kontrole v kardiološki ambulanti	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne

PRIČAKOVANI REZULTATI

-zapleti
- Uvedba antikoagulantne terapije v skladu s **CHADS2**

Podpis zdravnika:

Datum: ____/____/____ TELEFONSKI POGOVOR MEDICINSKE SESTRE S PACIENTOM 2-3 PRED EK

	Da	Ne	Odklon
Ali ste seznanjeni z dnevom in uro EK?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ali ste dobili ustna in pisna navodila o pripravi na elektrokonverzijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Imate določen INR, ki ni starejši od 7 dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kakšna je vrednost INR _____			
Pacient bo prinesel s seboj vso dosedanjo dokumentacijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Podpis MS:			