

OBRAZAC V – KONTROLNA LISTA KORIŠTENIH INSTRUMENTATA TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA

IME I PREZIME PACIJENTA:

DATUM ROĐENJA:

DATUM OPERACIJE:

ID BROJ PACIJENTA:

NAZIV SETA INSTRUMENTATA:

KONTROLA KOMPLETNOSTI SETA PRIJE OPERACIJSKOG ZAHVATA: DA NE

NAZIV INSTRUMENTA	BROJ INSTRUMENTATA PRIJE OPERACIJSKOG ZAHVATA	DODANO TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA	KONTROLA PRIJE ZATVARANJA ŠUPLJIH ORGANA	KONTROLA PRIJE ZATVARANJA TJELESNIH ŠUPLJINA	KONTROLA PRIJE ZATVARANJA INCIZIJE	KONTROLA NAKON ZAVRŠENOG OPERACIJSKOG ZAHVATA

POTPIS 1. OPERACIJSKE SESTRE:

POTPIS 2. OPERACIJSKE SESTRE:

POTPIS 3. OPERACIJSKE SESTRE:

OBRAZAC VI – KONTROLNA LISTA KORIŠTENIH PAMUČNIH KOMPRESA TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA

IME I PREZIME PACIJENTA:

DATUM ROĐENJA:

DATUM OPERACIJE:

ID BROJ PACIJENTA:

PAMUČNA KOMPRESA	BROJ PAMUČNIH KOMPRESA PRIJE OPERACIJSKOG ZAHVATA	DODANO TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA	KONTROLA PRIJE ZATVARANJA ŠUPLJIH ORGANA	KONTROLA PRIJE ZATVARANJA TJELESNIH ŠUPLJINA	KONTROLA PRIJE ZATVARANJA INCIZIJE	KONTROLA NAKON ZAVRŠENOG OPERACIJSKOG ZAHVATA
TRBUŠNA						
VELIKA						
MALA						
OKRUGLA – VEL. 6						
OKRUGLA – VEL. 4						

POTPIS 1. OPERACIJSKE SESTRE:

POTPIS 2. OPERACIJSKE SESTRE:

POTPIS 3. OPERACIJSKE SESTRE:

OBRAZAC VII a – STANDARDIZIRANI PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	ID broj:
----------------	----------------	--------	----------

Sestrinska dijagnoza: visok rizik za pad i povrede u/s položajem i promjenom položaja pacijenta tijekom operacijskog zahvata

Ciljevi: tijekom operacijskog zahvata pacijent neće pasti s operacijskog stola
 – pacijent će tijekom operacijskog zahvata biti smješten u siguran položaj na operacijskom stolu

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUCIJA
	<ul style="list-style-type: none"> – smjestiti pacijenta na operacijski stol prema uputi operatera – prema uputi operatera promijeniti položaj pacijenta na operacijskom stolu tijekom operacijskog zahvata – upotrijebiti držače i sredstva koja osiguravaju siguran položaj pacijenta na operacijskom stolu tijekom operacijskog zahvata – ako je potrebna promjena položaja pacijenta, uključiti potreban broj članova operacijskog tima – paziti na položaj pacijenta na operacijskom stolu tijekom operacijskog zahvata 	<p>tijekom operacijskog zahvata nije došlo do pada i povrede</p> <p align="center">DA</p> <p align="center">NE</p>

POTPIS OPERACIJSKE SESTRE: _____

OBRAZAC VII – STANDARDIZIRANI PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	ID broj:
----------------	----------------	--------	----------

Sestrinska dijagnoza: visok rizik za pothlađivanje pacijenta tijekom operacijskog zahvata u/s duljinom operacijskog zahvata i operacijskom tehnikom

Ciljevi: tijekom i nakon operacijskog zahvata neće se pojaviti znakovi pothlađivanja pacijenta
 – temperatura tijela mjerena aksilarno neće biti niža od 36 Celzijeva stupnja
 – koža pacijenta tijekom i nakon operacijskog zahvata bit će prokrvljena
 – na koži pacijenta tijekom i nakon operacijskog zahvata neće biti bljedila ni znakova marmorizacije
 – koža i sluznice pacijenta tijekom i nakon operacijskog zahvata imat će dobar turgor

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUCIJA
	<ul style="list-style-type: none"> – prije početka operacijskog zahvata procijeniti postoji li potreba za upotrebom sredstava za zagrijavanje pacijenta – upotrijebiti pomagala za zagrijavanje pacijenata – izmjeriti tjelesnu temperaturu prije početka operacijskog zahvata – odrediti temperaturu na koju će biti podešena pomagala za zagrijavanje tijekom operacijskog zahvata prema uputi liječnika – tijekom operacijskog zahvata provjeriti tjelesnu temperaturu – prije premještanja pacijenta iz operacijske dvorane izmjeriti vrijednost tjelesne temperature – evidentirati utvrđenu tjelesnu temperaturu 	<p>tijekom operacijskog zahvata pacijent nije pothlađen</p> <p align="center">DA</p> <p align="center">NE</p> <p align="center">VRIJEDNOST TJELESNE TEMPERATURE</p>

POTPIS OPERACIJSKE SESTRE: _____

OBRAZAC VII b – STANDARDIZIRANI PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	ID broj:
-----------------------	-----------------------	---------------	-----------------

Sestrinska dijagnoza: visok rizik za dekubitus u/s položajem pacijenta na operacijskom stolu

Ciljevi: tijekom operacijskog zahvata pacijent neće dobiti dekubitus

- nakon operacijskog zahvata na mjestima izloženim pritisku neće biti vidljivi znakovi I. stupnja dekubitusa
- kapilarno punjenje bit će normalno

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUCIJA
	<ul style="list-style-type: none"> - prije operacijskog zahvata utvrditi mjesta na tijelu koja će biti izložena produljenom pritisku tijekom operacijskog zahvata - procijeniti izgled mjesta koja će biti izložena produljenom pritisku tijekom operacijskog zahvata, utvrditi eventualne postojeće promjene - procijeniti izgled predilekcijskih mjesta - odmah nakon smještanja pacijenta na operacijski stol predviđena mjesta zaštititi sredstvima koja ublažavaju pritisak - držače na operacijskom stolu podstaviti sredstvima koja ublažavaju pritisak - sredstvima za ublažavanje pritiska podstaviti predilekcijska mjesta - prije premještanja pacijenta iz operacijske dvorane procijeniti izgled mjesta koja su bila izložena produljenom pritisku i izgled predilekcijskih mjesta - evidentirati izgled mjesta koja su bila izložena produljenom pritisku i izgled predilekcijskih mjesta 	<p>tijekom operacijskog zahvata nije se razvio dekubitus</p> <p align="center">DA</p> <p align="center">NE</p>

POTPIS OPERACIJSKE SESTRE: _____

OBRAZAC VII c – STANDARDIZIRANI PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE

Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	ID broj:
-----------------------	-----------------------	---------------	-----------------

Sestrinska dijagnoza: visok rizik za opekline u/s korištenjem elektrokirurških aparata tijekom operacijskog zahvata

Ciljevi: tijekom operacijskog zahvata pacijent neće dobiti opekline uzrokovane korištenjem elektrokirurških aparata

DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUCIJA
	<ul style="list-style-type: none"> - provjeriti ispravnost neutralne elektrode i postaviti je na predviđeno mjesto na propisani način - provjeriti ispravnost elektrokirurškog aparata i module rada aparata kojima će se koristiti tijekom operacijskog zahvata - tijekom operacijskog zahvata upozoriti operatera na nepravilnost u radu elektrokirurškog aparata - nakon završetka operacijskog zahvata aparat pospremiti na propisani način - prije, tijekom i nakon operacijskog zahvata upotrijebiti dezinfekcijska i kemijska sredstva na propisani način 	<p>tijekom operacijskog zahvata nije došlo do pojave opekline</p> <p align="center">DA</p> <p align="center">NE</p>

POTPIS OPERACIJSKE SESTRE: _____

DOKUMENTACIJA OPERACIJSKIH SESTARA / INSTRUMENTARKI
OBRAZAC I - IDENTIFIKACIJSKA LISTA

IME I PREZIME:

SPOL: MUŠKO ŽENSKO

DATUM ROĐENJA:

ADRESA
STANOVANJA:

MBO:

ID BROJ:

KATEGORIZACIJA PACIJENTA ASA:

IDENTIFIKACIJSKA NARUKVICA: DA NE

DATUM OPERACIJE:

KLINIKA/ZAVOD/
ODJEL:

ELEKTIVNI OPERACIJSKI ZAHVAT HITNI OPERACIJSKI ZAHVAT

MEDICINSKA DIJAGNOZA:

OPERATER:

ASISTENT I.:

ASISTENT II.:

ASISTENT III.:

OPERACIJSKA SESTRA I.:

OPERACIJSKA SESTRA II.:

OPERACIJSKA SESTRA III.:

OBRAZAC II – PRIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA / NEPOSREDNA PRIPREMA ZA OPERACIJSKI ZAHVAT

KOMUNIKACIJA S PACIJENTOM:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	OTEŽANA	<input type="checkbox"/>	STUPANJ	<input type="checkbox"/>
FIZIČKA PRIPREMA:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	RAZLOG:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
PROCJENA STANJA KOŽE:	intaktna	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	OPIS:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	oštećena	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
	inficirana	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
PRIPREMA PROBAVNOG TRAKTA:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	RAZLOG:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
ISPRAŽNJEN MOKRAĆNI MJEHUR:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	SPONTANO	<input type="checkbox"/>	KATETERIZACIJA	<input type="checkbox"/>
BOLESNIK NATAŠTE:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>				
UKLANJANJE DLAKA ELEKTRIČNIM ŠIŠAČEM:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	RAZLOG NEUKLANJANJA DLAKA:			



NEUTRALNA ELEKTRODA

NEUTRALNU ELEKTRODU POSTAVIO – IME I PREZIME:

PRISUTNE ALERGIJE: DA NE

Lijekovi:

Dezinficijensi:

DOKUMENTACIJA U OPERACIJSKOJ DVORANI

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
SESTRINSKA DOKUMENTACIJA:	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

ELASTIČNE ČARAPE POSTAVLJENE:

DA NE

PROVJERA ISPRAVNOSTI APARATA I OPERACIJSKOG STOLA

DA

KONTROLA VANJSKIH INDIKATORA STERILNOSTI	KONTROLA UNUTARNJIH INDIKATORA STERILNOSTI
DA <input type="checkbox"/>	DA <input type="checkbox"/>

OBRAZAC III – INTRAOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA

VRIJEME DOVOŽENJA PACIJENTA U OPERACIJSKU DVORANU: SAT MINUTE

PLANIRANI OPERACIJSKI ZAHVAT:

IZVEDENI OPERACIJSKI ZAHVAT:

PRIPREMA OPERACIJSKOG POLJA DA

VRSTA ANESTEZIJE: OPĆA REGIONALNA

POLOŽAJ PACIJENTA NA OPERACIJSKOM STOLU:

leđa bok trbuh ginekološki koljenolakatni ostalo

PROMJENA POLOŽAJA PACIJENTA NA OPERACIJSKOM STOLU TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA

leđa bok trbuh ginekološki koljenolakatni ostalo

INDIKACIJA ZA PROMJENU POLOŽAJA PACIJENTA NA ZAHTJEV OPERATERA:

GRIJANJE PACIJENTA TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA: DA NE

TRAJANJE PRIPREME ZA OPERACIJSKI ZAHVAT U MINUTAMA:

TRAJANJE OPERACIJSKOG ZAHVATA U MINUTAMA:

OD DO

TRAJANJE ZBRINJAVANJA OPERACIJSKE DV. NAKON ZAHVATA:

UKUPNO MINUTA:

PREPARATI UPOTRIJEBLJENI TIJEKOM OPERACIJSKOG ZAHVATA:

PATOHISTOLOŠKI

MIKROBIOLOŠKI

CITOLOŠKI

BROJ PREPARATA

BROJ PREPARATA

BROJ PREPARATA

OSTALI PREPARATI:

OSTALO:

OBRAZAC IV – POSLIJEOPERACIJSKA ZDRAVSTVENA NJEGA

STANJE KOŽE NAKON OPERACIJSKOG ZAHVATA

MARMORIZIRAN DIO TIJELA

BOJA KOŽE: NORMALNA BLIJEDA MARMORIZIRANA

INTAKTNA

OŠTEĆENA OPIS OŠTEĆENJA KOŽE:



KOŽA OČIŠĆENA NAKON OPERACIJSKOG ZAHVATA

KONTROLA DRENAŽE

DRENAŽA AKTIVNA PASIVNA BROJ POSTAVLJENIH DRENOVA:

ABDOMINALNI DREN L/D TORAKALNI DREN L/D REDON DREN L/D OSTALO L/D

KOLIČINA DRENAŽNOG SADRŽAJA PRIJE ODVOŽENJA PACIJENTA IZ OPERACIJSKE DVORANE: ml

IZGLED DRENAŽNOG SADRŽAJA PRIJE ODVOŽENJA PACIJENTA IZ OPERACIJSKE SALE:

POSLIJEOPERACIJSKI SMJEŠTAJ PACIJENTA

ODJEL SOBA ZA BUĐENJE JEDINICA INTENZIVNOG LIJEČENJA

PROCJENA SAMOSTALNOSTI PACIJENTA PRI OTPUSTU IZ OPERACIJSKE

DVORANE

I II III IV

PREMJEŠTANJE PACIJENTA

SAMOSTALNO POTEZANJEM PODIZANJEM POMAGALO ZA PREMJEŠTANJE

POTPIS 1. OPERACIJSKE SESTRE:

POTPIS 2. OPERACIJSKE SESTRE:

POTPIS 3. OPERACIJSKE SESTRE: