

**KLINIČKI PUT**

**AKUTNI POSTSTREPTOKOKNI GLOMERULONEFRITIS U DJECE**

Ime (ime oca) i prezime pacijenta		Bolnički broj
Datum rođenja:	Mjesto rođenja:	Tel:
JMBG:	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>	E-mail:
Članovi porodice:		
Tel:		
Nosilac osiguranja:		

Datum i vrijeme prijema:	Alergije

**Uputstvo za popunu obrasca – kliničkog puta / opis kliničkog puta**

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 mjestima 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 nepromjenljiv. 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. 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.

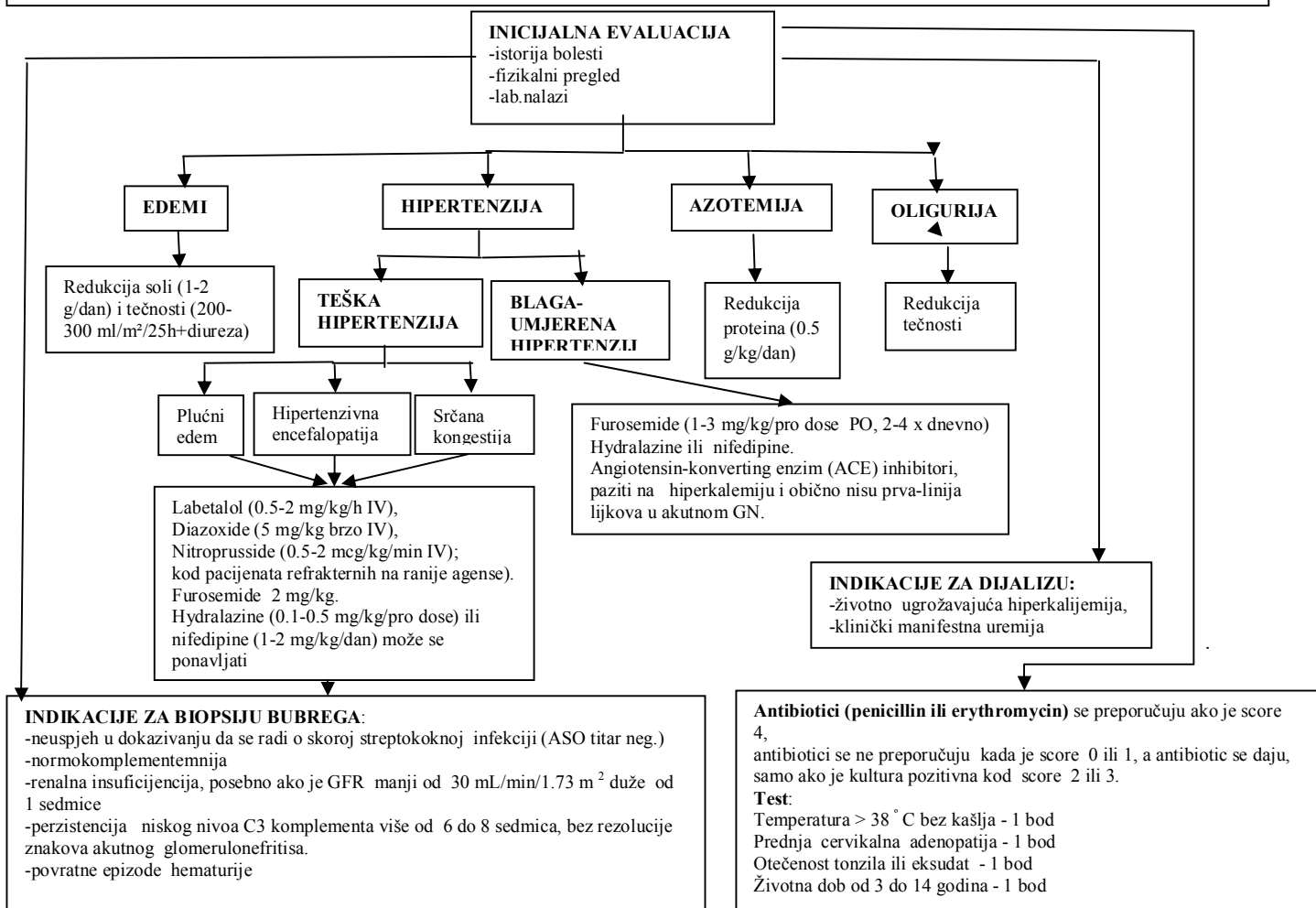
Kod svakog pregleda ispunjavaju se sve kolone anamneze i fizikalnog pregleda.

Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

**Skraćenice upotrijebljene u kliničkom putu AKUTNI POSTSTREPTOKOKNI GLOMERULONEFRITIS U DJECE**

<b>TT</b>	Tjelesna težina	<b>Ca</b>	Kalcijum
<b>TT/TD</b>	Tjelesna visina/tjelesna dužina	<b>Cl</b>	Hlor
<b>OG/OGK</b>	Obim glave/obim grudnog koša	<b>P</b>	Fosfor
<b>P/TA</b>	Puls/arterijski krvni pritisak	<b>Mg</b>	Magnezijum
<b>SE</b>	Sedimentacija eritrocita	<b>ASOT test</b>	Antistreptolizin O test
<b>CRP</b>	C- reaktivni protein	<b>C3</b>	C3 komponentna komplementa
<b>Le</b>	Broj leukocita $\times 10^9/L$	<b>C4</b>	C4 komponentna komplementa
<b>Er</b>	Broj eritrocita	<b>GFR</b>	Glomerularna filtracija
<b>Hct</b>	Hematokrit	<b>RF</b>	Reumatoidni faktor
<b>Tr</b>	Broj trombocita $\times 10^9/L$	<b>UZ</b>	Ultrazvučna sonografija
<b>Na</b>	Natrijum	<b>EKG</b>	Elektrokardiografija
<b>K</b>	Kalijum	<b>EHO</b>	Ehosonografija

**Algoritam kliničkog puta AKUTNI POSTSTREPTOKOKNI GLOMERULONEFRITIS U DJECE**



Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

**Osooblje/Učesnici u kliničkom putu AKUTNI POSTSTREPTOKOKNI GLOMERULONEFRITIS U DJECE**

IME I PREZIME	POZICIJA	DATUM	TELEFON	POTPIS I INICIJALI
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

**Klinički put - AKUTNI POSTSTREPTOKOKNI GLOMERULONEFRITIS U DJECE**

ANAMNEZA	DA	NE	ANAMNEZA	DA	NE
Edemi oko očiju			Bol u trbuhu		
Edemi na potkoljenicama			Bol u leđima		
Generalizovani edemi			Otežano disanje		
Makrohematurija (urin tamno crvene boje)			Ortopneja		
Oligurija			Ubrzan rad srca		
Anurija			Glavobolja		
Mučnina			Konvulzije		
Povraćanje			Prolazne paralize		
<b>FAKORI RIZIKA</b>			<b>DA</b>	<b>NE</b>	
Infekcija gornjih dišnih puteva (sojevi $\beta$ hemolitičkog streptokoka grupe A)					
Infekcija kože (sojevi $\beta$ hemolitičkog streptokoka grupe A)					

FIZIKALNI PREGLED								
TT	TV/TD	OG	OGK	Temperatura	P	TA		
<b>FIZIKALNI PREGLED</b>			<b>DA</b>	<b>NE</b>	<b>FIZIKALNI PREGLED</b>		<b>DA</b>	<b>NE</b>
Bljedilo					Dispneja			
Otoci oko očiju					Izljev u pleuralnu šupljinu			
Otoci potkoljenica					Difuzna bolna osjetljivost abdomena			
Otoci vanjskog genitalija					Osjetljivost lumbalnih loža na sukusiju			
Ascites					Hepatomegalija			
Pregled srca – tiši tonovi					Glavobolja			
Tahikardija					Neurološki ispadi			

Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

LABORATORIJSKI NALAZI			
PRETRAGA	VRIJEDNOST	PRETRAGA	VRIJEDNOST
SE		P	
CRP		Mg	
Le		Acidobazni status	
Er		Transaminaze	
Hb		ASOT test	
Hct		C3	
MCV		C4	
Tr		Imuni kompleksi	
Glukoza		RF	
Urea		Bris guše i nosa	
Kreatinin		Urin-proteini	
GFR		Urin-nitriti	
Na		Urin-Le	
K		Urin-Er	
Ca		Urinokultura	
Cl		24 satna proteinurija	

SLIKOVNE PRETRAGE	DATUM	NALAZ
Pregled očnog dna		
UZ bubrega		
UZ mokraćnog mjehura		
EKG		
EHO srca		
RTG pulmo et cor		
Biopsija bubrega		

DIJAGNOZA	
ŠIFRA MKB	

Lijekovi	Doze	Datum propisivanja	Ime ljekara

Ime i prezime pacijenta \_\_\_\_\_

<b>PRAĆENJE PACIJENTA</b>	Kontrola: Datum:	Kontrola: Datum:	Kontrola: Datum:	Kontrola: Datum:

<b>EDUKACIJA</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
<b>Pisana upustva</b>		
<b>Usmena upustva</b>		
<b>Putem telefona</b>		

**Odjeljak za navođenje odstupanja od kliničkog puta**

--

<b>POSTIGNUTI CILJEVI</b>	

<b>KOMENTAR</b>		
Potpis ljekara i medicinske sestre:	Med.sestra/tehničar:	Ljekar: