

KLINIČKI PUT
DIABETES MELLITUS TIP1

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

Datum i vrijeme prijema:	Alergije

Uputstvo za popunu obrasca – kliničkog puta / opis kliničkog puta

KP je multidisciplinarni plan liječenja, zasnovan na dokazima proisteklim iz istraživanja, koji inkorporira međunarodne i nacionalne kliničke vodiče za pacijente sa Diabetes mellitusom TIP 1.

Molimo da popunite mjesto predviđeno za potpis na strani 2. ovog dokumenta. Time ćete omogućiti identificiranje osoba koje su koristile ovaj klinički put.

Svaka stranica dokumentira aktivnosti ili zadatke koje treba provesti tokom prijema i zbrinjavanja pacijenata sa DM TIP 1.

Kada je aktivnost finalizirana, osoba koja je obavlja se mora potpisati (inicijali). Odgovornost za finaliziranje određenih aktivnosti može biti podijeljena između 2 ili više profesionalnih grupa, stoga aktivnost navedena u jednom odjeljku ne isključuje potpisivanje i neke druge discipline za istu aktivnost, ukoliko je to potrebno.

Mijenjati način prijema i zbrinjavanja pacijenta sa DM TIP 1 ukoliko je neophodno u bilo kojoj fazi kliničkog puta. Navedite na koji način se mijenja tretman pacijenta, objašnjenje za odstupanje, opišite aktivnosti koje ste preduzeli kao rezultat na suprotnoj strani, u "odjeljku za odstupanje" koji se nalazi na zadnjoj strani. Morate potpisati, datirati i evidentirati vrijeme za sva identificirana odstupanja.

Klinički put bi trebalo koristiti kao vodič za osiguravanje pružanja adekvatnog prijema i zbrinjavanja pacijenta, od strane odgovarajuće osobe, u pravo vrijeme i na pravi način. Ne treba ga slijepo pratiti. Uvijek treba koristiti kliničku procjenu.

Unesite podatke o bilo kakvom dodatnom tretmanu za pacijenta, koje nije već obuhvaćeno kliničkim putem.

Dokumentacija mora biti tačna i sveobuhvatna kako bi zadovoljila zakonske norme.

Potrebno je popuniti sve odjeljke.

KP treba pohraniti u historiju bolesti pacijenta.

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja u vezi sa korištenjem kliničkog puta, stupite u kontakt sa svojim prvim pretpostavljenim.

KP započinje sa prijemom i zbrinjavanjem pacijenta na Odjelu za endokrinologiju i dijabetes.

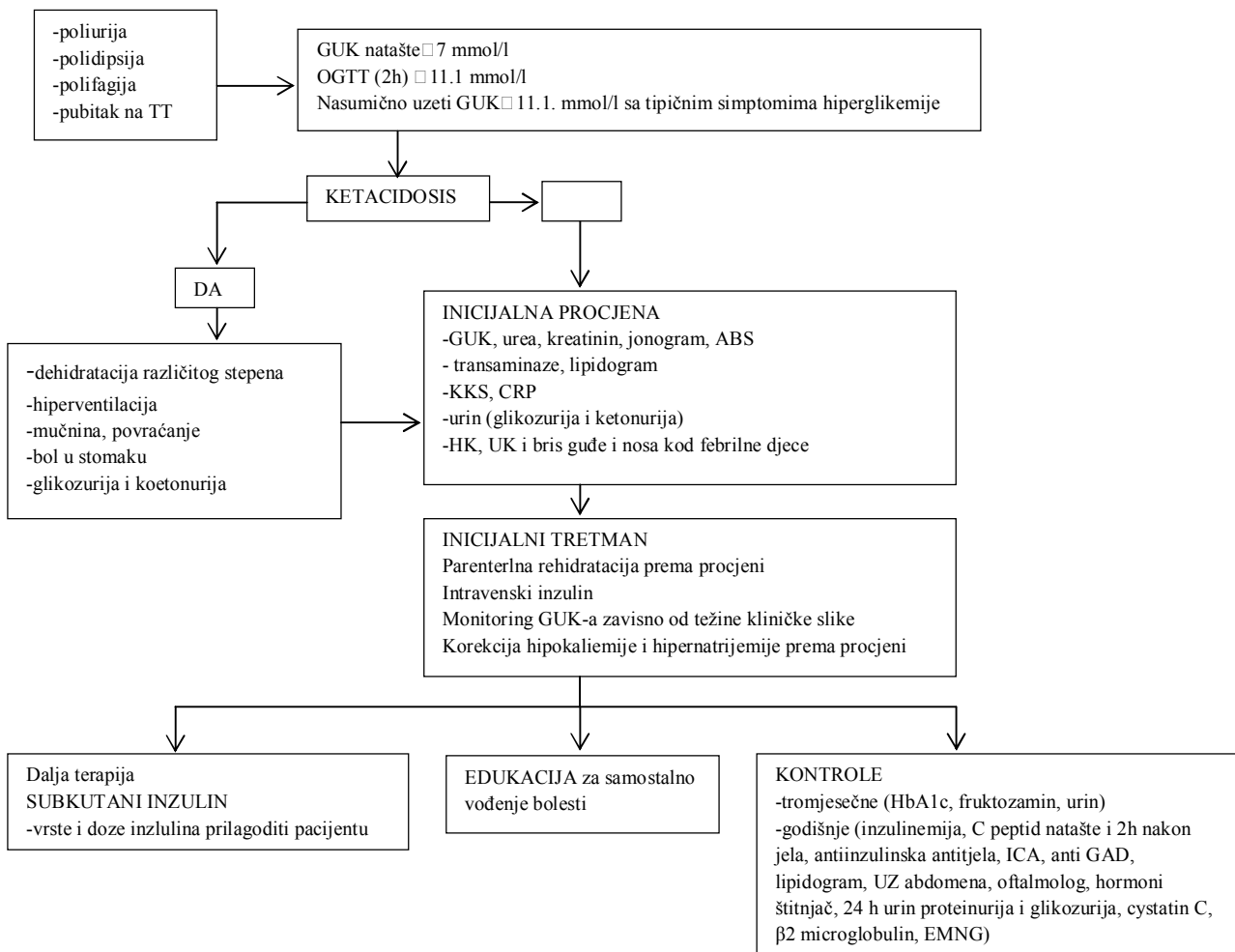
KP završava sa utvrđivanjem dijagnoze pacijenta I određivanjem tretmana liječenja pacijenta.

Ime i prezime pacijenta _____

Skraćenice upotrijebljene u kliničkom putu

KP	Klinički put	TV	Tjelesna visina
DM TIP 1	Diabetes mellitus TIP 1	TD	Tjelesna dužina
OG	Obim glave	P	Puls
OGK	Obim grudnog koša	satO2	Saturacija O2
T	Tjelesna temperatura		
TT	Tjelesna težina	TA	Krvni pritisak
GUK	Glukoza u krvi	CRP	C reaktivni protein
KKS	Kompletna krvna slika	HbA1c	Glikozirajući hemoglobin
ICA	Antitijela protiv beta ćelije pankreasa	antiGAD	Antitijela protiv Glutamat dekarboksilaze
EMNG	Elektromioneurografija		

Algoritam kliničkog puta-Diabetes mellitus TIP 1



Ime i prezime pacijenta _____

Osoblje/Učesnici u kliničkom putu

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 – Diabetes mellitus TIP 1

Prijem pacijenta medicinska sestra/tehničar		Potpis/Inicijali					
Pacijent na odjel dolazi u pratnji	<input type="checkbox"/> ambulantne sestre	Pacijent donosi	<input type="checkbox"/> temperaturna lista	OG/OGK	<input type="checkbox"/> Ima	P	<input type="checkbox"/> Ima
	<input type="checkbox"/> roditelja		<input type="checkbox"/> historija bolesti	TT (kg)	<input type="checkbox"/> Ima	satO2	<input type="checkbox"/> Ima
	<input type="checkbox"/> medicinske sestre dr.zdravstvene ustanove (premještaj)			TV (cm)	<input type="checkbox"/> Ima	TA (mmHg)	<input type="checkbox"/> Ima
				TD (cm)	<input type="checkbox"/> Ima	T (°C)	<input type="checkbox"/> Ima
Na odjel dolazi	<input type="checkbox"/> hodajući	Pacijent donosi	<input type="checkbox"/> uputnicu za bolnicu	Ljekar obavješten o prijemu pacijenta			
	<input type="checkbox"/> kolicima (sjedeca)		<input type="checkbox"/> ovjerenu knjižicu	<input type="checkbox"/> Da			
	<input type="checkbox"/> nosila		<input type="checkbox"/> odluku za liječenje van Kantona	<input type="checkbox"/> Ne			
			<input type="checkbox"/> medicinsku dokumentaciju	Evidentirani lični podaci i sestrinska anamneza			
				<input type="checkbox"/> Da			
				<input type="checkbox"/> Ne			

Anamneza			Inicijali/Potpis				
Lična anamneza							
Spontani <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Trudnoća <input type="checkbox"/> Uredna <input type="checkbox"/> Infekt <input type="checkbox"/> Uočena anomalija	PT (g)	Imunizacija <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Bolest <input type="checkbox"/> Drugo	Dojilo		Rani PMR	
		PD (cm)		Dohrana		Razred	
		D vitamin <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		Nemliječna ishrana		Uspjeh	
Dosadašnje bolesti							
Dječije osipne bolesti							
Alergija na hranu i lijekove				Penicilin inj	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Socioepidemiološka anketa							
Sadašnja bolest:							
Hiperglikemija bez acidoze							
Poliurija	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Inkontinencija urina	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Povećan apetit	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Nokturia	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Gubitak TT	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Umor	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Skorija virusna infekcija	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Porodična anamneza					
		Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Autoimuna oboljenja	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		
Ketoacidoza							

Povraćanje	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Bol u stomaku	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			
Fizikalni pregled				Potpis/Inicijali		
Dehidracija	<input type="checkbox"/> Šok <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> Min	Kusmaullovo disanje	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Euhidrično	Acetonski zadah	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Svijest <input type="checkbox"/> Svejsno <input type="checkbox"/> Somnolentno <input type="checkbox"/> Koma
<input type="checkbox"/> Euhidrično						
Koža						
Potkožno masno tkivo						
Muskulatura						
Glava, vrat						
Oči, uši, nos						
Usna šupljina: sluznica, vlažnost, jezik, zubi, ždrijelo						
Grudni koš, kičmeni stub						
Pulmo						
Cor						
Abdomen						
Ekstremiteti, periferni pulsevi						
Genitalije						
Meningealni znaci						
Ranije dijagnostikovan DM TIP1						
Dijagnostikovan		Inzulinska pumpa	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Plasirana		
Hipoglikemije	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	HbA1c		Očni pregled		
		Datum		Datum		
Osjeti	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	UZ abdomena		Velika kontrola		
		Datum		Datum		
Letrox	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Ostala th.				

Ime i prezime pacijenta _____

Bolus (prandijalni) inzulini		Broj doza	Ukupna dnevna doza	Bazalni inzulini		Broj doza	Ukupna dnevna doza
Brzodjelujući inzulinski analozi (bistri) <ul style="list-style-type: none"> • NovoRapid • Apidra • Humalog 	<input type="checkbox"/> Da			Srednjedjelujući inzulini (mutni) <ul style="list-style-type: none"> • Humulin N 	<input type="checkbox"/> Da		
	<input type="checkbox"/> Ne			Dugodjelujući bazalni inzulinski analozi (bistri) <ul style="list-style-type: none"> • Levemir • Lantus 	<input type="checkbox"/> Da		
	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			Napomena:			
Brzodjelujući inzulini (bistri) <ul style="list-style-type: none"> • Humulin R 	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne						

Edukacija	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Pacijenta	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Roditelja	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Prevenција, detekcija i tretman hipoglikemija		Urađeno	Vremenski okvir	Nalaz	Potpis/Inicijali
Djelovanje i davanje inzulina					
Prilagođavanje doze inzulina vrijednostima GUK-a i količini unesenih UH-a					
Mjerenje GUK-a iz kapilarne krvi					
Mjerenje ketona u urinu					
Prevenција ketoacidoze					
Ishrana i fizička aktivnost					

Na otpustu	Vremenski period	Potpis/Inicijali
Slijedeća hospitalizacija		
Kontrola u Endokrinološkom savjetovalištu		
Preporuke:		

Ime i prezime pacijenta _____

Odjeljak za navođenje odstupanja od kliničkog puta