

**KLINIČKI PUT  
ZA MIASTENIČNU KRIZU**

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 za Miasteničnu krizu**

Ovaj klinički put je namijenjen primjeni kod pacijenata sa mijasteničnom krizom.

**Na koji način se koristi:**

KP je multidisciplinarni plan liječenja, zasnovan na dokazima proisteklim iz istraživanja, koji inkorporira međunarodne i nacionalne kliničke vodiče (protokole) za pacijente sa mijasteničnom krizom.

- 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 mijasteničnom krizom.
- 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.
- Ukoliko je neophodno mijenjati način prijema i zbrinjavanja pacijenta sa mijasteničnom krizom u bilo kojoj fazi kliničkog puta, navedite na koji način se mijenja tretman pacijenta; navedite 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 Pedijatrijske intenzivne njege.

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

### Skraćenice upotrijebljene u kliničkom putu

KP	Klinički put	OGK	Obim grudnog koša
TT	Tjelesna težina	EMNG	Elekstromioneurografija
TV	Tjelesna visina	RTG	rentgenogram
TD	Tjelesna dužina	UZ	ultrazvuk
OG	Obim glave		

AKTIVNOSTI	URAĐENO	VREMENSKI OKVIR	DATUM	NALAZ	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
Pacijent na odjel dolazi u pratnji:	<input type="checkbox"/> ambulantne sestre Pedijatrijske klinike i roditelja <input type="checkbox"/> pratnja roditelja / staratelja <input type="checkbox"/> sestre (ako je premještaj sa neke druge klinike ili bolnice) <input type="checkbox"/> pratnja nekog drugog				
Pacijent na odjel dolazi:	<input type="checkbox"/> hodajući <input type="checkbox"/> na kolicima (sjedeća ili ležeća)				
Uz pacijenta dolazi:	<input type="checkbox"/> historija bolesti <input type="checkbox"/> temperaturna lista				
Pacijent treba da ima odgovarajuću dokumentaciju:	<input type="checkbox"/> uputnicu u bolnicu <input type="checkbox"/> odobrenje za liječenje van kantona <input type="checkbox"/> saglasnost za invazivne procedure, uključivanje imunosupresivne terapije				
Pacijenta prima glavna sestra i sestra iz smjene na odjeljenju	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				
Glavna sestra ljubazno objasni roditeljima protokol i procedure rada na odjeljenju, kao i punu informaciju zašto se smješta u bolnicu	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				
Mjerenje TT (kg)	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				
Mjerenje TV ili TD (cm)	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				
Mjerenje OG/OGK (cm) (za djecu do godinu dana)	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				
Mjerenje tj. temperature (°C)	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				
Puls (/min)	Da <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>				

Sat.O <sub>2</sub> (%)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TA (mmHg)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Medicinska sestra obavještava ljekara o prijemu pacijenta	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Medicinska sestra upisuje u protokol odjeljenja podatke o djetetu i kontakt telefon roditelja	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Procedura vađenja laboratorijskih nalaza, koje je prethodno planirao ljekar i plasiranje braunile	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				

## Algoritam kliničkog puta za Miasteničnu krizu

### POČETAK

Pacijent dolazi na odjel Pedijatrijske intenzivne njege u pratnji medicinske sestre, uz odgovarajuću dokumentaciju (zdravstvena knjižica, uputnica za bolnicu, odobrenje)

### ULAZ

Pacijenta primaju ljekar i medicinska sestra, otvara se istorija bolesti i temperaturna lista. Pacijent se smjesti u sobu i priključi se na kontinuirani monitoring.

### OBRADA

Medicinska sestra pulsira venski put, (ili ljekar intenzivista postavlja centralni venski kateter) mjere se vitalni parametri, TT, TV, TD, OG/OGK, uzimaju se osnovni laboratorijski nalazi (SE, CRP; KKS, DKS, minerali, enzimi, biohemija, koagulogram) kao i drugi nalazi specifični za Masteniju gravis: tenzilonski test, acetilholinska antitijela, EMNG, rtg pretrage, UZ pretrage.

### PETLJA

Ljekar uzima podatke iz lične, porodične i socioepidemiološke ankete, te pravi fizikalni pregled pacijenta i detaljan neurološki pregled pacijenta. Vršiti se kontinuirani monitoring vitalnih parametara, prati se bulbarna i respiratorna funkcija, potvrđuje se ili postavlja dijagnoza i donosi odluku o tipu tretmana. Pacijenti sa najtežom simptomatologijom (respiratorna insuficijencija zahtijevaju smještaj u jedinicu intenzivne njege radi mehaničke respiratorne potpore i tretmana eventualnih komplikacija.

### IZLAZ

Na osnovu kliničkih simptoma i rezultata laboratorijsko-dijagnostičke obrade, dobija se konačna dijagnoza, uspostavlja se definitivna terapija, pacijentu i roditeljima u pratnji se detaljno daju uputstva za praćenje i nadzor nad djetetom, daju se uputstva kako uzimati terapiju, i sa roditeljima se postiže dogovor o kontrolnom pregledu. Ljekar napravi otpusno pismo, medicinska sestra vraća medicinsku dokumentaciju i zdravstvenu knjižicu pacijentu, te ljubazno ispraća pacijenta kući.

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 –za Miasteničnu krizu**

AKTIVNOSTI	URAĐENO		VREMENSKI OKVIR	DATUM	NALAZ	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
<b>ANAMNEZA</b>						
LIČNA ANAMNEZA	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
PORODIČNA ANAMNEZA	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
SOCIO – EPIDEMIOLOŠKA ANKETA	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
SADAŠNJA BOLEST	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
<b>FIZIKALNI PREGLED</b>						
✓ Koža:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Limfni čvorovi:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Muskulatura:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Koštani sistem:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Glava i vrat:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Grudni koš:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Pulmo:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Cor:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Abdomen:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Jetra i slezena:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Urogenitalni sistem:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Ekstremiteti:	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Neurološki pregled	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				

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

LABORATORIJSKE I DRUGE PRETRAGE	URAĐENO		VREMENSKI OKVIR	DATUM	NALAZ	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
SE	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
KKS						
✓ Er	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Hb	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Hct	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ MCV	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ MCH	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ MCHC	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Le sa DKS	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ Trombociti	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Mineralogram	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
ŠUK	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
ABS	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
AST	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
ALT	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
GGT	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
LDH	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Proteinogram	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
urea	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Kreatinin	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Urin	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Acetilholinska antitijela	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Tenzilonski test	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
EMNG	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
RTG pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
UZ pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
AKTIVNOSTI	URAĐENO		VREMENSKI OKVIR	DATUM	NALAZ	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
Kontinuirani monitoring vitalnih parametara	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Praćenje bulbarne i respiratorne funkcije	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Intubacija pacijenta i ventilatorna podrška	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Postavljanje ili potvrda dijagnoze	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Utvrđena dijagnoza	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Konačna odluka o tipu tretmana	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				

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

TERAPIJA	URAĐENO		NAZIV LIJEKA	DOZA	KONTRAINDICIRAN / KOMENTARI	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
Zaustaviti acetilholinesterazu  (Inhibitori holinesteraze – piridostigmin bromide)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Nastaviti imunosupresiju	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Opća pedijatrijska intenzivna njega	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Spriječiti ili tretirati eventualne komplikacije	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Specifična imunoterapija (Plazmafereza, Intravenski umunoglobulini, kortikosteroidi)						

Naredna hospitalizacija / kontrolni pregled na Pedijatrijskoj klinici zakazan je \_\_\_\_\_ .

Plan otpusta / kontinuiranog liječenja:

### Odjeljak za navođenje odstupanja od kliničkog puta