

KLINIČKI PUT

NEFROTSKI SINDROM 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.

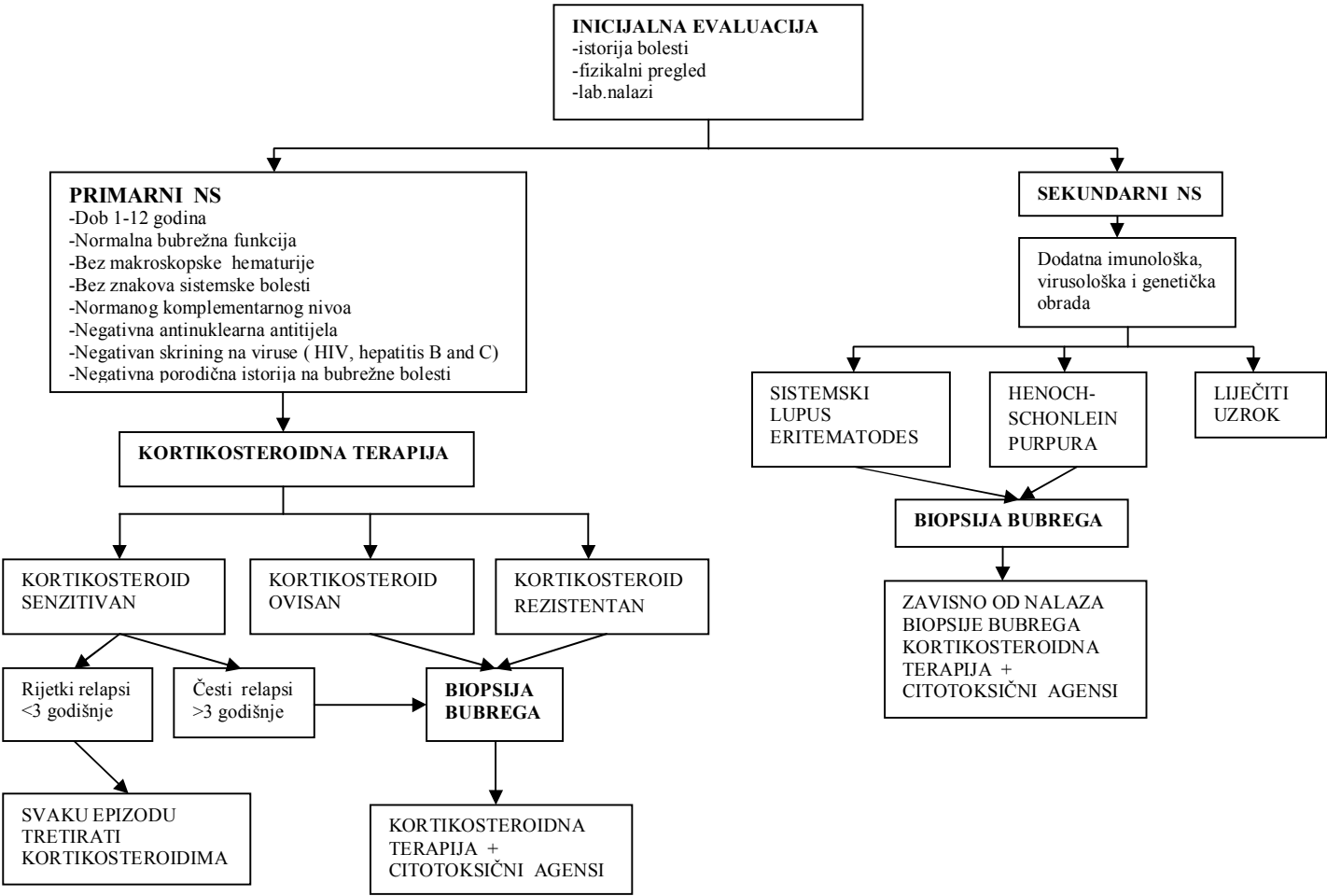
Kod svakog pregleda ispunjavaju se sve kolone anamneze i fizikalnog pregleda.

Ime i prezime pacijenta _____

Skraćenice upotrijebljene u kliničkom putu NEFROTSKI SINDROM U DJECE

TT	Tjelesna težina	Ca	Kalcijum
TT/TD	Tjelesna visina/tjelesna dužina	Cl	Hlor
OG/OGk	Obim glave/obim grudnog koša	P	Fosfor
P/TA	Puls/arterijski krvni pritisak	Mg	Magnezijum
SE	Sedimentacija eritrocita	C3	C3 komponentna komplementa
CRP	C- reaktivni protein	C4	C4 komponentna komplementa
Le	Broj leukocita x10 ⁹ /L	GFR	Glomerularna filtracija
Er	Broj eritrocita	ANA	Antinuklearna antitijela
Hct	Hematokrit	Anti DNA	Antitijela protiv dezoksiribonukleinske kiseline
Tr	Broj trombocita x10 ⁹ /L	UZ	Ultrazvučna sonografija
Na	Natrijum	EKG	Elektrokardiografija
K	Kalijum	EHO	Ehosonografija

Algoritam kliničkog puta NEFROTSKI SINDROM U DJECE



Ime i prezime pacijenta _____

Osoblje/Učesnici u kliničkom putu NEFROTSKI SINDROM 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 - NEFROTSKI SINDROM U DJECE

ANAMNEZA	DA	NE	ANAMNEZA	DA	NE
Umor			Edemi na potkoljenicama		
Gubitak apetita			Generalizovani edemi		
Dobijanje na TT			Teškoće u disanju		
Letargija			Kosa krhka, lako ispada		
Proliv			Kile		
Edemi oko očiju			Strije		

FAKORI RIZIKA	DA	NE	FAKORI RIZIKA	DA	NE
Ranija respiratorna infekcija (virusna)			Peludna groznica		
Atopijski dermatitis			Pozitivna porodična istorija na imunološka oboljenja		
Opstruktivni bronhitis			Druga bubrežna oboljenja u porodici		

FIZIKALNI PREGLED

TT	TV/TD	OG	OGK	Temperatura	P	TA
----	-------	----	-----	-------------	---	----

FIZIKALNI PREGLED	DA	NE	FIZIKALNI PREGLED	DA	NE
Bljedilo			Pregled srca		
Dehidracija			Izljev u pleuralnu šupljinu		
Uvučena fontanela			Difuzna bolna osjetljivost abdomena		
Otoci oko očiju			Hepatomegalija		
Otoci potkoljenica			Splenomegalija		
Otoci vanjskog genitalija			Strije ne tijelu		
Ascites			Hernije		
Glavobolja			Tromboza krvnih sudova		

Ime i prezime pacijenta _____

LABORATORIJSKI NALAZI			
PRETRAGA	VRIJEDNOST	PRETRAGA	VRIJEDNOST
SE		Acidobazni status	
CRP		Transaminaze	
Le		Holesterol	
Er		Trigliceridi	
Hb		Proteinogram sa elektroforezom	
Hct		Markeri na hepatitis B i C	
MCV		Komponente komplementa C3, C4	
Tr		ANA (u odanim slučajevima)	
Glukoza		Anti DNA (u odanim slučajevima)	
Urea		Genetska ispitivanja (u odanim slučajevima)	
Kreatinin		Urin-proteini	
GFR		Urin-nitriti	
Na		Urin-Le	
K		Urin-Er	
Ca		Urin- Er cilindri	
Cl		Urinokultura	
Mg		Urin- odnos protein/kreatinin	
P		24 satna proteinurija	

SLIKOVNE PRETRAGE URINARNOG SISTEMA	DATUM	NALAZ
UZ bubrega		
UZ mokraćnog mjehura		
EKG		
EHO srca		
RTG pulmo et cor		
Biopsija bubrega		

DIJAGNOZA	
ŠIFRA MKB	

Lijekovi	Doze	Datum propisivanja	Ime ljekara

PRAĆENJE PACIJENTA	Kontrola: Datum:	Kontrola: Datum:	Kontrola: Datum:	Kontrola: Datum:

Ime i prezime pacijenta _____

EDUKACIJA	DA	NE
Pisana upustva		
Usmena upustva		
Putem telefona		

Odjeljak za navođenje odstupanja od kliničkog puta NEFROTSKI SINDROM U DJECE

--

POSTIGNUTI CILJEVI	

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