

**KLINIČKI PUT**  
**LEUKEMIJE KOD DJECE**

|                                   |  |               |
|-----------------------------------|--|---------------|
| 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**

**Ovaj klinički put je namijenjen primjeni kod pacijenata sa leukemijom.**

**Na koji način se koristi:**

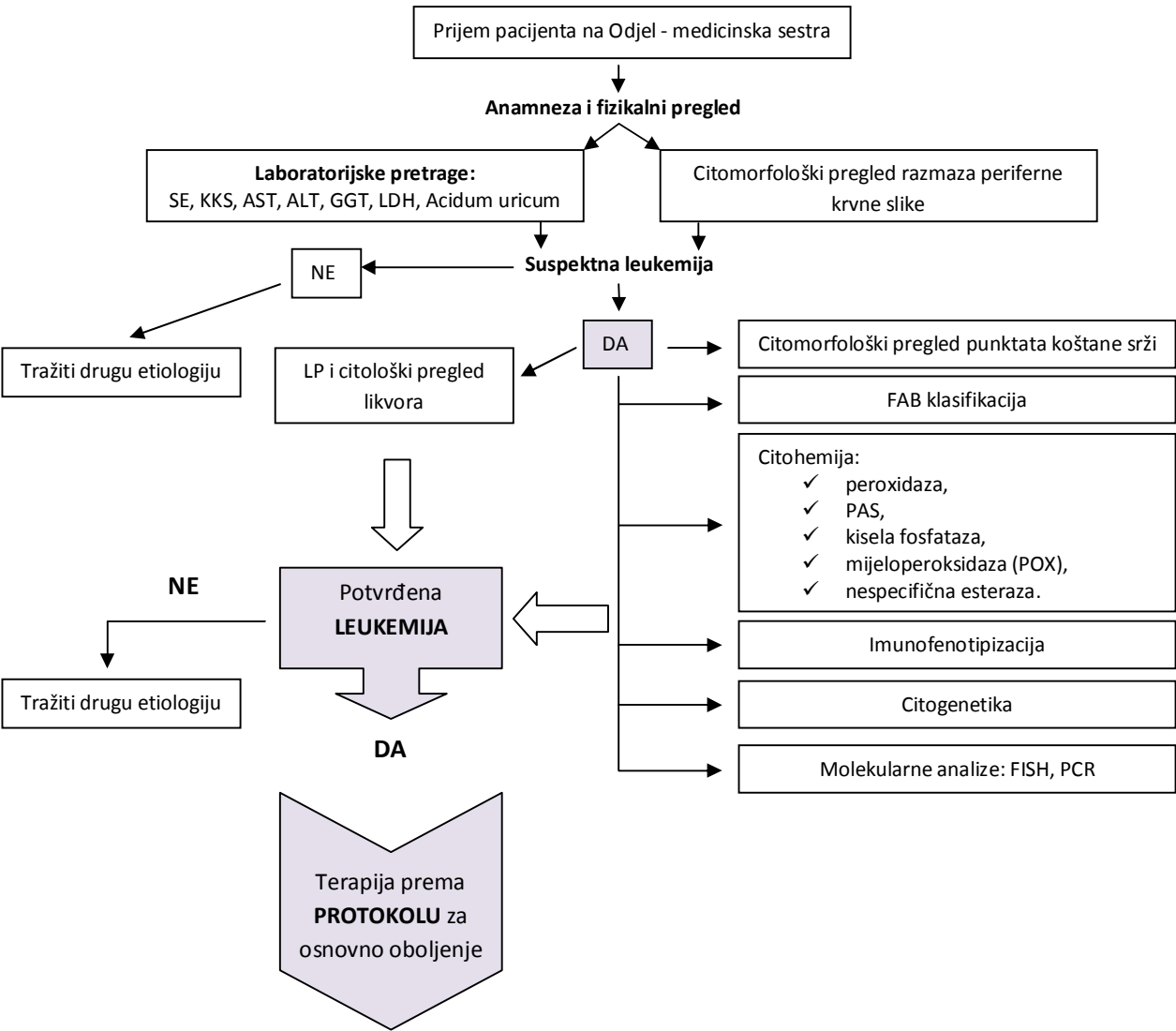
KP je multidisciplinarni plan liječenja, zasnovan na dokazima proisteklim iz istraživanja, koji inkorporira međunarodne i nacionalne kliničke vodiče (protokole) za pacijente sa leukemijom.

- 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 leukemijom.
- 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 leukemijom 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 Hematoonkološkom odjelu.
- KP završava sa utvrđivanjem dijagnoze pacijenta i određivanjem tretmana liječenja pacijenta.

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

| Skrćenice upotrijebljene u kliničkom putu |                                     |            |                                       |
|---|-------------------------------------|------------|---------------------------------------|
| <b>KP</b>                                 | Klinički put                        | <b>PAS</b> | Periodično kisela Schiff-ova reakcija |
| <b>LP</b>                                 | Lumbalna punkcija                   |            |                                       |
| <b>FAB</b>                                | Francusko – Američko – Britanska    |            |                                       |
| <b>FISH</b>                               | Fluorescentna in situ hibridizacija |            |                                       |
| <b>PCR</b>                                | Polimerazna lančana reakcija        |            |                                       |

**Algoritam kliničkog puta: Leukemije kod djece**



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 – Leukemije kod djece

| AKTIVNOSTI  | URADENO   | VREMENSKI OKVIR | DATUM | NALAZ | POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA |
|---|---|-----------------|-------|-------|---|
| Pacijent na odjel dolazi u pratnji:   | <input type="checkbox"/> ambulantne sestre<br>Pedijatrijske klinike i roditelja<br><input type="checkbox"/> pratnja roditelja / staratelja<br><input type="checkbox"/> sestre<br>(ako je premještaj sa neke druge klinike ili bolnice)<br><input type="checkbox"/> pratnja nekog drugog |                 |       |       |   |
| Pacijent na odjel dolazi:   | <input type="checkbox"/> hodajući<br><input type="checkbox"/> na kolicima (sjedeća ili ležeća)  |                 |       |       |   |
| Uz pacijenta dolazi:  | <input type="checkbox"/> historija bolesti<br><input type="checkbox"/> temperaturna lista   |                 |       |       |   |
| Pacijent treba da ima odgovarajuću dokumentaciju:   | <input type="checkbox"/> uputnicu u bolnicu<br><input type="checkbox"/> odobrenje za liječenje van kantona<br><input type="checkbox"/> saglasnost za citoterapiju   |                 |       |       |   |
| 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)<br>(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.O2 (%)  | 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"/>   |                 |       |       |   |

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

| 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"/> |                 |       |       |   |

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

| LABORATORIJSKE I DRUGE<br>PRETRAGE                     | URADENO                     |                             | VREMENSKI<br>OKVIR | DATUM | NALAZ | POTPIS I<br>INICIJALI<br>ZDRAVSTVENOG<br>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"/> |                    |       |       |  |
| ✓ Retikulociti   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| ✓ LUC  | 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"/> |                    |       |       |  |
| Acidum uricum  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Citomorfološki pregled razmaza<br>perifeme krvne slike | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Citomorfološki pregled punktata<br>koštane srži        | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| FAB klasifikacija                                      | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Citohemija:  |                             |                             |                    |       |       |  |
| ✓ peroxidaza   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| ✓ PAS  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| ✓ kisela fosfataza                                     | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| ✓ mijeloperoksidaza<br>(POX)                           | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| ✓ nespecifična esteraza                                | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Imunofenotipizacija                                    | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Citogenetika   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Molekularne analize:                                   |                             |                             |                    |       |       |  |
| ✓ FISH   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| ✓ PCR  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| LP i citološki pregled likvora                         | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| Pregled očnog dna (pp)                                 | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| EEG (pp)   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| CT mozga (pp)  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| MRI mozga (pp)   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| RTG torax-a u dva pravca                               | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| CT torax-a (pp)  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| MRI torax-a (pp)                                       | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| UZ vrata   | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| UZ srca  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| UZ abdomena  | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |
| UZ testisa kod dječaka                                 | Da <input type="checkbox"/> | Ne <input type="checkbox"/> |                    |       |       |  |



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

**Odjeljak za navođenje odstupanja od kliničkog puta**