

KLINIČKI PUT

SOLIDNI TUMORI DJEČIJE DOBI

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 solidnim tumorom.

Na koji način se koristi:

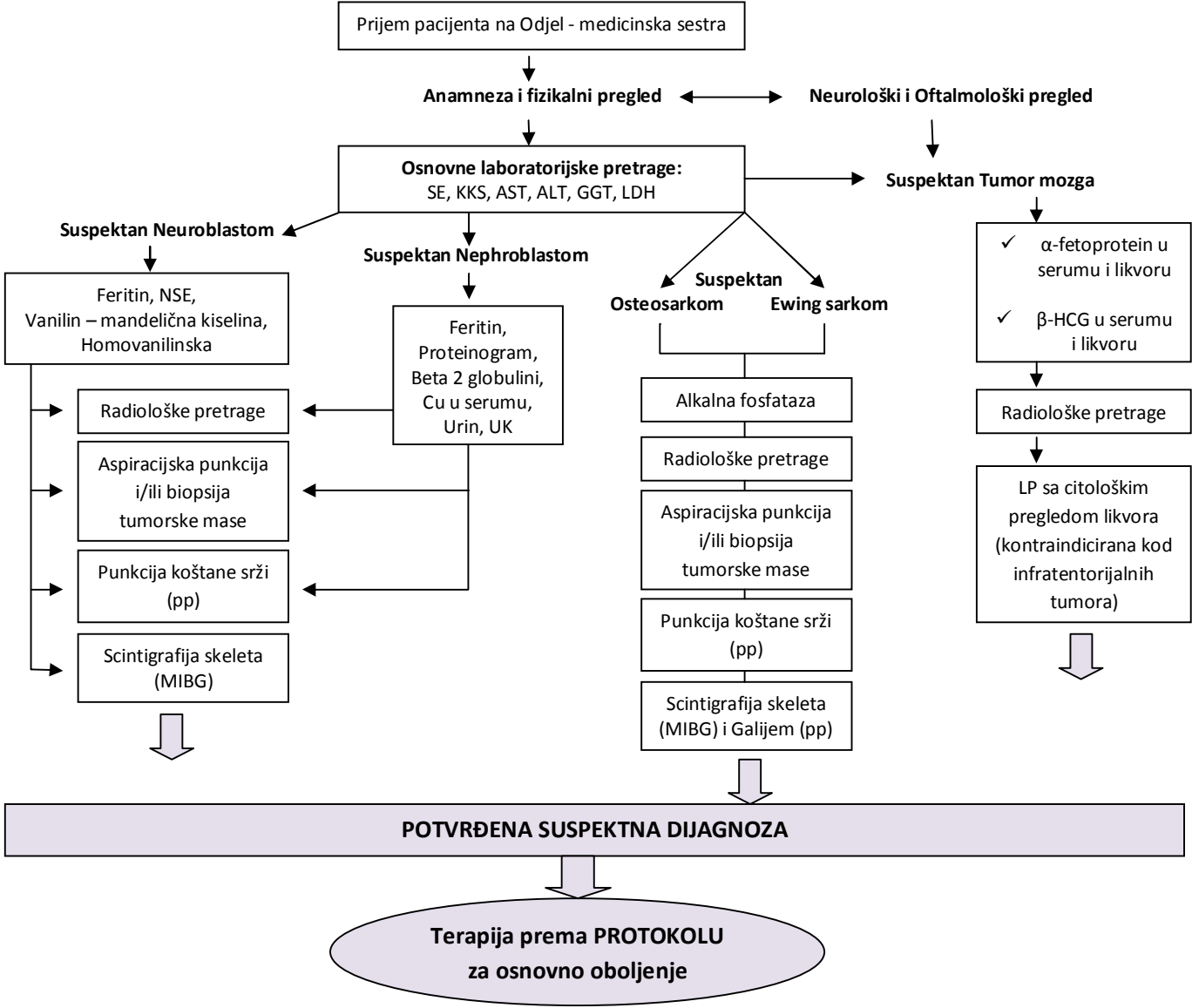
KP je multidisciplinarni plan liječenja, zasnovan na dokazima proisteklim iz istraživanja, koji inkorporira međunarodne i nacionalne kliničke vodiče za pacijente sa solidnim tumorom.

- 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 solidnim tumorom.
- 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 solidnim tumorom 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 _____

Skrtaćenice upotrijebljene u kliničkom putu			
KP	Klinički put	NSE	Nespecifična esteraza
MIBG	Metil Jod Benzil Gvanidin		
LP	Lumbalna punkcija		
UK	Urinokultura		
TNM	Tumor – Čvor – Metastaza		

Algoritam kliničkog puta: Solidni tumori dječije dobi



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 – Solidni tumori dječije dobi

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 (sjedeca ili lezeća)				
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 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) (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
ANAMNEZA						
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"/>				
FIZIKALNI PREGLED						
✓ 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 PRETRAGE	URAĐENO		VREMENSKI OKVIR	DATUM	NALAZ	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
NEUROBLASTOM						
Vanilin - mandelična kiselina	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Homovanilinska	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
NSE	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Feritin	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
LDH	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Punkcija koštane srži (pp)	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"/>				
IVU	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
CT pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
MRI pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Scintigrafija skeleta (MIBG)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Aspiracijska punkcija i/ili biopsija tumorske mase	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TNM klasifikacija	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
NEPHROBLASTOM (WILMS-ov TUMOR)						
SE	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
KKS	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Proteinogram	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Beta 2 globulini	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Cu u serumu	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Feritin	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"/>				
Urin	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
UK	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
RTG abdomena	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
UZ pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
IVU	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> Ime i prezime pacijenta _____ </div> <div style="width: 35%;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>						
Renalna angiografija (pp)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Aspiracijska punkcija i/ili biopsija tumorske mase	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TNM klasifikacija	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TUMORI MOZGA						
Neurološki pregled	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Oftalmološki pregled (fundus i vidno polje)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Osnovne laboratorijske pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Specifične laboratorijske pretrage:						
✓ α -fetoprotein u serumu i likvoru	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
✓ β -HCG u serumu i likvoru	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
UZ mozga (kod dojenčadi sa otvorenom fontanelom)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
CT mozga sa ili bez kontrasta	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
MRI mozga	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				

Ime i prezime pacijenta _____

MRI angiografija (pp)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
LP sa citološkim pregledom likvora (kontraindicirana kod infratentorijskih tumora)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TNM klasifikacija	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
OSTEOSARKOM						
Osnovne laboratorijske pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
SE	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
LDH	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Alkalna fosfataza	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
RTG pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
CT pretrage (naročito CT pluća)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
MRI pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Scintigrafija skeleta (MIBG)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Scintigrafija Galijem (pp)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Aspiracijska punkcija i/ili biopsija tumorske mase	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TNM klasifikacija	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
EWINGOV SARKOM						
Osnovne laboratorijske pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
SE	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
LDH	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
RTG pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
CT pretrage (naročito CT pluća)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
MRI pretrage	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Scintigrafija skeleta (MIBG)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Scintigrafija Galijem (pp)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Aspiracijska punkcija i/ili biopsija tumorske mase	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Punkcija koštane srži (citomorfološka analiza)	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
TNM klasifikacija	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
AKTIVNOSTI						
	URAĐENO		VREMENSKI OKVIR	DATUM	NALAZ	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
Utvrđena dijagnoza	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
Konačna odluka o tipu tretmana	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				

PROTOKOL ZA OSNOVNO OBOLJENJE	FAZA / CIKLUS	DATUM	CITOSTATICI	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA

SUPPORTIVNA TERAPIJA	URADENO		NAZIV LIJEKA	DOZA	KONTRAINDICIRAN / KOMENTARI	POTPIS I INICIJALI ZDRAVSTVENOG RADNIKA
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				
	Da <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>				

Naredna hospitalizacija / kontrolni pregled na Pedijatrijskoj klinici zakazan je _____ .

Plan otpusta / kontinuiranog liječenja:

Odjeljak za navođenje odstupanja od kliničkog puta