

BRONHOSKOPIJA (ENC KP 01)

Ime in priimek pacienta:

AMBULANTA/ODDELEK: _____

Roj. podatki:

Matični indeks:

Krepko izpisan odgovor zahteva obrazložitev v rubriki odmiki!

IZPOLNI ZDRAVNIK NAROČNIK

ODMIKI

- | | | | |
|---------------------------|----|-----------|-------|
| 1. RTG+CT z odčitkom | DA | NE | _____ |
| 2. Koagulogram+trombociti | DA | NE | _____ |
| 3. Spirometrija | DA | NE | _____ |
| 4. Soglasje pacienta | DA | NE | _____ |
| 5. Naročilo v Birpis | DA | NE | _____ |

Podpis zdravnika naročnika: _____

IZPOLNI SPREJEMNI ZDRAVNIK

ODMIKI

V primeru, da je pacient že hospitaliziran, se ne izpolnjuje.

- | | | | |
|------------------------------------|----|-----------|-------|
| 1. Preverjeni pogoji za preiskavo | DA | NE | _____ |
| 2. Donaročilo preiskav | DA | NE | _____ |
| 3. Določitev odgovornega zdravnika | DA | NE | _____ |

Podpis sprejemnega zdravnika: _____

IZPOLNI IZN na enoti

ODMIKI

- | | | | |
|---|----|-----------|-------|
| 1. Priprava dokumentacije za bronhoskopijo-
Mapa pacienta z izvidi in temperaturna lista | DA | NE | _____ |
|---|----|-----------|-------|

Podpis IZN na enoti: _____

IZPOLNI IZN v EC

ODMIKI

- | | | | |
|----------------------------|----|-----------|-------|
| 1. Identifikacija pacienta | DA | NE | _____ |
|----------------------------|----|-----------|-------|

Datum in ura BRONHOSKOPIJE: _____

Podpis IZN v EC: _____

IZPOLNI ANESTEZIST

ODMIKI

- | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------|
| 1. Identifikacija pacienta | DA | NE | _____ |
| 2. Pregled izvidov | DA | NE | _____ |
| 3. Merjenje vitalnih funkcij na | DA | NE | _____ |
| 4. Zapleti zaradi anestezije | DA | NE | _____ |

Opis zapleta:

Podpis anesteziologa: _____

Krepko izpisan odgovor zahteva obrazložitev v rubriki odmiki!

IZPOLNI ZDRAVNIK IZVAJALEC V EC

ODMIKI

1. Preveri ali dopolni odgovornega zdravnika **DA** NE _____
2. Pregled zahtevanih izvidov pred preiskavo **DA** **NE** _____
3. Zapleti pri preiskavi **DA** NE _____

Opis zapleta:

Ura: _____

Podpis zdravnika izvajalca v EC: _____

IZPOLNI ZN NA ENOTI

ODMIKI

1. Merjenje vitalnih funkcij po bronhoskopiji **DA** **NE** _____
2. Posebnosti - komplikacije

Opis:

Podpis IZN na enoti: _____

IZPOLNI ODPUSTNI ZDRAVNIK

ODMIKI

1. Zaplet po bronhoskopiji **DA** NE _____
2. Premestitev pacienta **DA** NE _____

Razlog premestitve (zapleta):

Ura: _____

Podpis odpustnega zdravnika: _____

**Izpolnjena klinična pot Bronhoskopija je dokument, ki se vloži v
Popis bolezni pacienta.**