

Prijava zapleta po kolonoskopiji, opravljeni v Programu Svit, državnem programu presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki

IZPOLNITE ČITLJIVO IN S TISKANIMI ČRKAMI.

Ali gre za dodatne podatke o že poročanem zapletu? DA NE

1. SPLOŠNI PODATKI

Zdravstvena ustanova:
Oddelek, klinika:
Ulica, kraj in poštna številka:
Ime in priimek poročevalca: dr. med.
Tel. št.: Elektronski naslov:

2. ZAPLET

(Označite primarni vzrok za sprejem*)

Datum posega: in točen čas (ura):
Datum ugotovitve zapleta: in točen čas (ura):

Kolonoskopija v sedaciji

Kolonoskopija brez sedacije

* Zaradi poenotenega zbiranja podatkov o zapletih vsak nenačrtovan sprejem v bolnišnico po opravljeni kolonoskopiji uvrstite v eno izmed naslednjih kategorij:

- trebušna bolečina
- domnevna ali potrjena perforacija
- krvavitev
- kardiopulmonalni zaplet
- drugo (Če boste zaplet uvrstili v to kategorijo, podrobno opišite, za kaj je šlo.)

3. KAKO JE BIL ZAPLET UGOTOVLJEN:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poročilo endoskopista | <input type="checkbox"/> Napoten prek osebnega zdravnika |
| <input type="checkbox"/> S pregledom medicinske dokumentacije | <input type="checkbox"/> Sprejet prek urgence v spremstvu |
| <input type="checkbox"/> Premestitev iz druge ustanove | <input type="checkbox"/> Poročilo bolnika/sorodnika |
| <input type="checkbox"/> Drugo | |

4. PODATKI O BOLNIKU, SPREJEMEM NA BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE ZARADI ZAPLETA PO KOLONOSKOPIJI:

Bolnikovo ime in priimek:

Datum rojstva: / / Bolnikov EMŠO:

Spol: M Ž

Ulica, kraj in poštna številka prebivališča:

Datum sprejema ali premestitve: / /

Primarna diagnoza:

Trajanje hospitalizacije: dni

Zdravniški/kirurški ukrepi in izid zdravljenja (navedite):

Obenem je treba navesti tudi **primarni vzrok za sprejem**.

| Stopnjska ocena resnosti endoskopskih zapletov | Stopnja resnosti | | | |
|--|------------------|---------|------|------|
| | Blage | Srednje | Hude | Smrt |
| Posledice: | | | | |
| Nenačrtovana hospitalizacija ali podaljšanje hospitalizacije za ≤ 3 dni | x | | | |
| Nenačrtovana hospitalizacija ali podaljšanje hospitalizacije za 4-10 dni | | x | | |
| Nenačrtovana hospitalizacija ali podaljšanje hospitalizacije za > 10 dni | | | x | |
| Transfuzija | | x | | |
| Ponovitev endoskopije zaradi neželenega zapleta | | x | | |
| Intervencijska radiologija zaradi neželenega zapleta | | x | | |
| Kirurški poseg zaradi neželenega zapleta | | | x | |
| Trajna invalidnost | | | x | |
| Smrt (30 dnevna) | | | | x |

Stopnja resnosti: Blaga Srednja Huda Smrt

Registriranje in zajem vseh pomembnejših zapletov znotraj prvih 14 dni po kolonoskopiji v Programu Svit poteka skladno z Evropskimi smernicami kakovosti presejanja raka debelega črevesa in danke, priporočilo 5.44. Podatki, zbrani centralno, naj bi vsebovali vse nenačrtovane napotitve na hospitalizacijo po kolonoskopiji, vzrok napotitve, trajanje hospitalizacije, zdravniške/kirurške ukrepe in izid zdravljenja.

Izpolnjeni obrazec pošljite na naslov: Program Svit, p. p., 241, 1001 Ljubljana.