



Karlovarská krajská nemocnice a. s., Bezručova 1190/19, 360 01 Karlovy Vary
Zapsaná v OR, vedeném Krajským soudem v Plzni oddíl B, vložka 1205
IČO: 263 65 804, tel: 354 225 111, fax: 359 882 178

Štítek pacienta

Výkony v elektrofyzilogii - IMPLANTACE

Datum:

Indikace: KST ICD BIV Reveal Jiné
 Evidence arytmií: EKG Holter Překladová zpráva
 Vysazení antiagregace kontrolní INR
 Kompletní příprava pacienta k výkonu včetně kontroly podpisu na informovaném souhlasu

Podpis lékaře:

čas:

Předoperační bezpečnostní proces

Identifikace pacienta	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Lékař	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Výkon	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Anestézie	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Alergie	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Analgosedace	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Technické vybavení sálu	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Lokální anestézie	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Dokumentace	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Asistující sestra	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Čas:		Obíhající sestra	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Jméno a podpis sestry:		Technik	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Předsedační vyšetření	<input type="checkbox"/>	Jméno technika:	
Celkový stav nezměněn, pacient je schopen výkonu v sedaci	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Implantace - reimplantace KST/ BIV/ICD

Typ výkonu:
 Primoimplantace KST ICD Reveal BIV - KST BIV - ICD
 Výměna KST ICD Reveal BIV - KST BIV - ICD
 Repozice elektrody Revize rány Extrakce
 Výkon je akutní plánovaný
 Začátek výkonu: Konec výkonu:
 Radiační dávka:
 Kontrola pacienta před výkonem
ATB profylaxe ano ne
 Při známé alergii na ATB alternativní léčba
 Poučení pacienta operátorem na sále

Elektrody

Přístup	Subclavia	<input type="checkbox"/> Vena I. dx <input type="checkbox"/> Vena I. Sin	Cephalica	<input type="checkbox"/> Vena I. dx <input type="checkbox"/> Vena I. Sin
---------	-----------	---	-----------	---

Dočasná stimulace zavedení: zrušení:
Sheath ano ne zrušení:
 Přístup Subclavia Vena I. dx Femoralis Vena I. dx
 Jugularis Vena I. Sin Cephalica Vena I. Sin
 Komprese klid do:
Redonův drén ano ne

Sledování vitálních funkcí-po výkonu TK: Puls:
 Vědomí: při vědomí porucha vědomí bezvědomí
 Ventilace: (dech/min): Dušnost: Sat. O2: %

Bolest:

Charakteristika bolesti:

Analgezie

Analgosedace

Lokální anestezie

KST - kardiostimulátor, ICD - defibrilátor (kardioverter), BIV/ICD - biventrikulární defibrilátor (kardioverter, INR - protrombinový test, EKG - elektrokardiografie, ATB - antibiotika, TK - tlak krve, P - puls, min. - minuta, SATO2 - saturace kyslíku, VAS - vizuální analogová stupnice, ACT - activated coagulation time (aktivovaný koagulační čas)

ORDINACE LÉKARE

CAS:

Bilance tekutin:

Příjem:

Výdej:

Ramsay v průběhu výkonu

čas: 0 1 2 3 4 5 6

čas: 0 1 2 3 4 5 6

čas: 0 1 2 3 4 5 6

čas: 0 1 2 3 4 5 6

ČAS: TK P SpO2 ACT VAS Bolus heparin

Po výkonu:

Přebírající sestra/sanitář:

Transport pacienta se sestrou

ano ne

Jméno a podpis lékaře:

Jméno a podpis sestry: