

## AORTEN SYNDROM

Пациент/ Име и презиме

Датум на раѓање

ЕМБ

Пол

Ж

М

Очекувано време на хоспитализација

до

дена

Датум на прием

час

Датум на испис

### Чекор 1

#### Прием во амбуланта/ЕИКН

Евиденција за прием на пациент

Согласност на пациент/фамилија на пациент

#### Медицински протокол при прием на пациент

Електрокардиограм

Крвен притисок

#### Анамнеза

##### тегоби при прием:

јака остра болка во градите

болка во грбот

тешко дишење

губиток на свест

трнење на долни екстремитети

#### Историја на болест

#### Ризик фактори

Пропратни болести

#### Физикален преглед

срце

бели дробови

абдомен

екстремитети

разлика на пулсации на горни екстремитети

#### лабораториски анализи

тропонин

ЦК МБ

ККС

азотдеградациони продукти

Дополнителни анализи по индикација

#### TTE

#### TEE

#### КТ

#### Разговор со пациент/фамилија на пациент

### Чекор 2

#### Припрема на пациент ,мониторинг и терапија

пласирање на венска линија

да  не

контролен електрокардиограм по индикација

да  не

континуиран ЕКГ мониторинг

да  не

крвен притисок

да  не

SpO<sub>2</sub>

да  не

пласирање на уринарен катетер и следење на диуреза

CVK/CVP по индикација да  не

### Терапија

опијати	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
нитро препарати	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
бета блокатор	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
хидратација	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
диуретик	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
АРБ	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
АКЕ инхибитор	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
инотропи/вазопресори	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
калциев антагонист	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
антиаритмик	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
инотропи/вазопресори	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
H2 блокатор	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
терапија за дијабет	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
останата терапија	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>

### Дополнителни анализи по индикација

контролни лабораториски анализи	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
контролно TTE	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
TEE	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>
конзилијарен консултативен преглед	да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>

### Чекор 3

#### Последователни процедури зависно од добиените резултати и текот на болеста

ургентен контакт со кардиохируршка установа

ургентен транспорт во кардиохируршка установа

КПР

Егзитус

друго

#### Разговор со пациент/фамилија на пациент

#### Понатамошен тек

Разговор со пациент/фамилија на пациент

медицински извештај/отпусно писмо

Административен испис

забелешка

ПОТПИС

АД/С

АД/С

С

С

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР/ЛАБ

ДР

ДР

ДР

С

ДР/С

ДР/С

С

С

ДР/С

ДР

ПО  ИВ  ДР/С

П.О  И.В  ДР/С  
ДР/С  
ДР/С

П.О  И.В  ДР/С  
С.Л  И.В  П.О  ДР/С  
ДР/С

П.О  И.В  ДР/С  
П.О  И.В  ДР/С  
ДР/С

П.О  И.В  ДР/С  
ДР/С  
ДР/С

ДР/ЛАБ

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

ДР

АД

забелешка