

Расиофреквентна аблација на вени										
Пациент										
Датум на раѓање										
ЕМБ										
Пол			<input type="checkbox"/> Ж			<input type="checkbox"/> М				
Очекувано време на хоспитализација	2	до	8	дена						
Датум на прием		час								
Датум на испис										
Чекор 1										
Прием во амбуланта/ЕИКН								забелешка	потпис	
Евиденција за прием на пациент								АД/С		
Согласност на пациент/фамилија на пациент								АД/С		
Медицински протокол при прием на пациент										
Електрокардиограм								С		
Крвен притисок								С		
Анамнеза								ДР		
тегоби при прием:										
болка/тежина во екстремитети										
присутни дисколорации										
присутни отоци на нозе										
присутни варикозитети										
друго										
Историја на болест								ДР		
Ризик фактори								ДР		
Пропратни болести								ДР		
Ризик за крварења								ДР		
Физикален преглед								ДР		
срце										
бели дробови										
абдомен										
екстремитети										
пулсации на артерии достапни за палпација										
друго										
лабораториски анализи								ДР/ЛАБ		
ККС										
Дополнителни анализи по индикација								ДР		
Доплер на вени на долни екстремитети								ДР		
Разговор со пациент/фамилија на пациент								ДР		

Чекор 2													
Припрема на пациент, мониторинг и терапија													
пласирање на венска линија													С
контролен електрокардиограм по индикација						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
континуиран ЕКГ мониторинг						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
крвен притисок						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						С
SpO2						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						С
пласирање на уринарен катетер и следење на диуреза						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
ургентен доплер на екстремитети													
CVK/CVP по индикација						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР
Терапија													
Aspirin						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	по <input type="checkbox"/>					ДР/С
Clopidogrel						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						
антикоагулантна						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	п.о <input type="checkbox"/>					ДР/С
фибринолитик													
кислородна супституција на маска или назален катетер						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
опиоиден аналгетик						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
бета блокатор						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	п.о <input type="checkbox"/>					ДР/С
нитроглицерин						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	с.л <input type="checkbox"/>					ДР/С
инотропи/вазопресори						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
диуретици						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	п.о <input type="checkbox"/>					ДР/С
антиаритмик						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	п.о <input type="checkbox"/>					ДР/С
гликопротин Iib/Illa						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
H2 блокатор						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>	п.о <input type="checkbox"/>					ДР/С
АРБ						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
АКЕ инхибитор						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
статиин						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						
калциум антагонист						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
терапија за дијабет						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						
останата терапија						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/С
Дополнителни анализи по индикација													
контролни лабораториски анализи						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР/ЛАБ
контролен доплер						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР
TTE						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР
конзилијарен консултативен преглед						да <input type="checkbox"/>	не <input type="checkbox"/>						ДР

Чекор 3													
Последователни процедури зависно од добиените резултати и текот на болеста													
Радиофреквентна аблација на вени на долни екстремитети													ДР
продолжено лекување во ЕИКН													ДР
упатување во друга болничка установа													ДР
КПР													ДР
Егзитус													ДР
друго													
Прием во болнички оддел										датум	од		до
обезбедување на венска линија													
електрокардиограм на 24 часа или почесто по индикација													
крвен притисок на 12 часа или почесто по индикација													
клинички преглед/визита													
корекција на медикаментозна терапија													
Дополнителни анализи по индикација													
контролни лабораториски анализи													
ТТЕ													
конзилијарен консултативен преглед													
Понатамошен тек													
Разговор со пациент/фамилија на пациент													ДР
медицински извештај/отпусно писмо													ДР
Административен испис													АД
													забелешка