

Dom zdravlja V R Š A C
KLINIČKI PUT ZA PREVENCIJU I RANU DETEKCIJU
KARCINOMA DEBELOG CREVA

IME I PREZIME	BR. TEL:						
DATUM ROĐENJA	BR. KARTONA						
POL MUŠKI <input type="checkbox"/> ŽENSKI <input type="checkbox"/>	DATUM POSETE						
ADRESA							
OSOBE KOJE SE UKLJUČUJU U KLINIČKI PUT							
1. Osobe sa navršenim 50 god. starosti i starije, bez simptoma							
2. Osobe čija su dva rođaka prvog reda ili jedan rođak prvog reda mlađi od 45 god oboleli od karcinoma debelog creva							
OSOBE KOJE SE NE UKLJUČUJU U KLINIČKI PUT							
1. Oboleli od ulceroznog kolitisa i Crohnove bolesti							
PRVA POSETA							
1. LIČNA ANAMNEZA							
1. Da li imate tegobe u predelu stomaka ili vezano za stolicu? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
2. Koliko često imate stolicu? svaki dan <input type="checkbox"/> svaki drugi dan <input type="checkbox"/> 2x nedeljno <input type="checkbox"/> ređe <input type="checkbox"/>							
3. Imate li periode smenjivanja zatvora i retkih stolica? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
4. Da li je stolica promenila izgled?							
DA <input type="checkbox"/> kao olovka <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
5. Da li imate svežu krv u stolici?							
DA <input type="checkbox"/> tamna <input type="checkbox"/> svetla <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> stolica pomešana sa krvlju <input type="checkbox"/> stolica poprskana krvlju <input type="checkbox"/>							
6. Da li imate sluz u stolici? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
7. Da li je pražnjenje bolno? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
8. Da li imate lažne pozive na stolicu? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
9. Da li ste imali veći gubitak u telesnoj težini unazad 6 meseci? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
10. Da li ste se lečili od polipoze debelog creva? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
*11. Da li bolujete od nekog malignog oboljenja? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ako da, kojeg:							
2. PORODIČNA ANAMNEZA							
1. Da li neko ima polipe debelog creva u porodici? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
2. Da li u porodici neko boluje od karcinoma debelog creva? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
3. FAKTORI RIZIKA							
1. Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
Da li pušite? Ukupno pušenje u godinama?							
Da li ste ikad pušili? Koliko cigareta / dan pušite?							
2. Alkohol, J (jedinica alkohola) ne pijem <input type="checkbox"/> >2 J/ dan <input type="checkbox"/> >1 J/dan <input type="checkbox"/> 0.25L piva ili 100ml vina ili 30ml žestokog pića (muškarci) (žene)							
3. Koliko često koristite u ishrani sledeće namernice?							
4. Da li svakodnevno imate fizičku aktivnost u trajanju od 30min.? DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>							
5. BMI (kg/m ²)							
povrće	Ne jedem	1/dnevno	1/nedeljno	1/mesečno	4. ZDRAVSVENO VASPITNI RAD Da li je pacijent upoznat sa značajem rane prevencije karcinoma debelog creva?		
voće							
riba							
žitarice							
meso							
mahunarke							

* obavezno pitati žene za karcinom dojke, ovarijuma i uterusa i u napomeni upisati dijagnozu oboljenja.

***5.FIZIKALNI PREGLED ABDOMENA**

1. Da li postoji bolna osjetljivost u predelu abdomena?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
2. Da li se palpira jetra?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
3. Da li se palpiraju tumorske mase ?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
*4. Rektalni tuše	negativan nalaz <input type="checkbox"/>	krv <input type="checkbox"/> tumorska masa <input type="checkbox"/>

6. LABORATORIJSKE PRETRAGE

1.Upućivanje na test na okultno krvarenje?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/> (Zašto?)
2. Rezultati testa na okultno krvarenje u stolici	pozitivan nalaz <input type="checkbox"/>	negativan nalaz <input type="checkbox"/>
3. Zakazivanje kontrolnog testiranja za godinu dana osobama sa negativnim nalazom	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

DRUGA POSETA

Datum posete:_____

1.Zakazivanje kolonoskopije pacijentima sa pozitivnim nalazom testa	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

TREĆA POSETA

Datum posete:_____

1.Dijagnostikovano maligno oboljenje debelog creva po izveštaju gastroenterologa	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
2.Upućivanje hirurgu	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
3.Zakazivanje kontrolnog testiranja osobama sa negativnim nalazom po izveštaju gastroenterologa	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

ODSTUPANJA:

Lekar:

Medicinski tehničar:

* fizikalni pregled abdomena raditi osobama sa simptomima

* rektalni tuše raditi osobama koje imaju krv u stolici

Uputstvo za popunu obrasca

Klinički put za prevenciju i ranu detekciju karcinoma debelog creva je multidisciplinarni protokol koji inkorporira nacionalne smernice za prevenciju karcinoma debelog creva. Shodno tome od njega se iz opravdanih razloga kod pojedinih pacijenata može odstupiti, ali je odstupanje potrebno evidentirati.

Značajno odstupanje se upisuju u obrascu na za to predviđeno mesto, gde je potrebno navesti zašto je došlo do odstupanja.

Potrebno je popuniti sve rubrike stavljanjem kvačice na za to označeno mesto

Ukoliko ima bilo kakvih pitanja u vezi sa korišćenjem kliničkog puta stupiti u kontakt sa predpostavljenim.

Svi članovi uključeni u klinički put dužni su da upišu svoje ime i prezime na označenom mestu po okončanju aktivnosti za koju su zaduženi.