

1. PODATKI O PACIENTU

NALEPKA/PODATKI O PACIENTU

Datum in ura sprejema: _____

PODATKI O KONTAKTNI OSEBI (ime in priimek, sorodstveno razmerje, telefon, naslov)

2. SPREJEM

IZPOLNI SPREJEMNI ZDRAVNIK

Podpis zdravnika:

Pogovor s pacientom in ocena psihičnega stanja pacienta:
☐ akutizacija kronične duševne bolezni
☐ kognitivni upad
☐ VPSD
☐ psihotična stanja
☐ afektivne motnje
☐ odvisnost
☐ suicidalnost
☐ avto-/heteroagresivnost/ogrožanje lastnega in/ali zdravja/življenja/premoženja drugih

Heteroanamneza:
☐ DA: _____ (ime in priimek osebe)
☐ NE

Prihod pacienta: ☐
☐ od doma ☐ iz druge bolnišnice ☐ iz DSO/Zavod ☐ drugo:

Ocena somatskega stanja in merjenje vitalnih funkcij	DA	NE
Predhodno psihiatrično zdravljenje (ambulantno ali bolnišnično)	DA	NE
Uvedba posebnih varovalnih ukrepov	DA	NE
Pristanek na zdravljenje	DA	NE

Opravlja nesposobnost
☐ DA: _____ (ime in priimek skrbnika)
☐ NE

Naročeni diagnostični postopki:
☐ rutinski laboratorij 65+ ☐ nadzorne kužnine ☐ napotitev na specialistični pregled ☐
☐ EKG ☐ KPSS/TRU ☐ slikovna diagnostika ☐ klinično psihološka obravnava

IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA OB SPREJEMU

Podpis:

Ažuriranje pacientove kartice ZZZS v času odsotnosti administracije	DA	NE
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije - anamneza	DA	NE
Aplikacija zdravila po naročilu zdravnika	DA	NE
Informirani pristanek pacienta o posredovanju podatkov svojcem	DA	NE
Namestitev pacienta na oddelek	DA	NE
Seznanitev spremljevalca s hišnim redom	DA	NE

3. KLINIČNA OBRAVNAVA

ZDRAVNIŠKA SLUŽBA		
Podpis:		
Individualni razgovor in pridobivanje razširjene anamneze	DA	NE
Uvedba specifičnih zdravil	DA	NE
Timska vizita- ocena napredka	DA	NE
Odzivnost na uvedeno terapijo	DA	NE
Ocena prisotnosti stranskih učinkov zdravil	DA	NE
Dajanje informacij svojcem	DA	NE
Odredba terapevtskega izhoda	DA	NE
Pregled že obstoječe dokumentacije pacienta v bolnišnici	DA	NE
Pošiljanje pacienta na druge specialistične preglede	DA	NE
Uporaba posebnih varovalnih ukrepov (PVU)	DA	NE
Informiranje svojcev o pripravah na odpust	DA	NE
Vključevanje drugih služb bolnišnice : ☐ fizioterapevt ☐ socialni delavec ☐ delovni terapevt ☐ klinični farmacevt ☐ nevrolog ☐ internist	DA	NE
Kontrolne in dodatne diagnostične preiskave: ☐ kontrolni rutinski laboratorij 65+ ☐ specifične laboratorijske preiskave (VZV/HSV/Treponema,/BB/KME/HIV...) ☐ napotitev na klinično psihološko testiranje ☐ elektrofiziološke preiskave/metode (☐ EKG ☐ EEG ☐ TMS) ☐ ☐ dnevno spremljanje vitalnih funkcij ☐ ☐ lumbalna punkcija ☐ slikovna diagnostika (☐ CT ☐ MR ☐ PET-CT ☐ Perfuzijska scintigrafija) ☐ ☐ mikrobiološke preiskave ☐ pregled terapije s strani kliničnega farmacevta ☐ klinična ocena (KPSS, TRU)		
Samomorilno vedenje (poskus, prekinjen poskus)	DA	NE
Samomorilne misli	DA	NE
Samopoškodbno vedenje	DA	NE

PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE		
Podpis:		
Opazovanje pacienta	DA	NE
Izdelava negovalnega načrta	DA	NE
Ocena zahtevnosti zdravstvene nege	DA	NE
Ocena prehranjevanja in pitja	DA	NE
Ocena gibanja	DA	NE
Ocena spanja	DA	NE
Ocena samooskrbe	DA	NE
Obveščanje zdravnika o pacientovem stanju	DA	NE
Izvedba PVU	DA	NE

 Psihiatrična bolnišnica Ormož	KLINIČNA POT OBRAVNAVE PSIHOGERIATRIČNEGA PACIENTA
---	---

Ukrepi za preprečevanje in oskrbo preležanine	DA	NE
Priprava pacienta na odpust	DA	NE
Priprava na terapevtski izhod (priprava dovolilnice in zdravil)	DA	NE

IZVEDENI POSTOPKI IN POSEGI		
Nazogastrična sonda:	☐ NE ☐ DA: _____ (datum vstavitve); _____ (datum odstranitve)	
Intravenozna terapija:	☐ NE ☐ DA	
Kateterizacija:	☐ NE ☐ DA: ☐ enkratno ☐ stalni urinski kateter, datum zadnje menjave: _____	
Čistilna klizma:	☐ NE ☐ DA: _____ (kdaj nazadnje)	

OBRAVNAVA SOCIALNE SLUŽBE	DA	NE
Podpis:		
Individualni razgovor s pacientom in pridobivanje socialne anamneze	DA	NE
Pogovor s svojci/skrbnikom/kontaktno osebo	DA	NE
Pomoč pri zagotavljanju institucionalnega varstva	DA	NE
Pomoč pri zagotavljanju oskrbe v domačem okolju	DA	NE
Pomoč pri zagotavljanju socialno varstvenih prejemkov	DA	NE
Podajanje informacij članom zdravstvenega tima	DA	NE

DELOVNO TERAPEVTSKA OBRAVNAVA	DA	NE
Podpis:		
Opredelitev problemov in priprava plana obravnave	DA	NE
Izbira in aplikacija namenske aktivnosti	DA	NE
Aktivnosti za ohranjanje motoričnih spretnosti	DA	NE
Aktivnosti za ohranjanje procesnih spretnosti	DA	NE
Aktivnosti za ohranjanje interakcijskih spretnosti	DA	NE
Načrtovanje/učenje/trening ožjih dnevnih aktivnosti	DA	NE
Podajanje informacij članom zdravstvenega tima	DA	NE

FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA	DA	NE
Podpis:		
Skupinska vadba	DA	NE
Individualna obravnava:	DA	NE
☐ Pasivno razgibavanje ☐ Aktivno asistiranje vaje ☐ Aktivne vaje ☐ Trening hoje ☐ Učenje posedanja preko postelje ☐ Vaje za ravnotežje ☐ Edukacija transferja na voziček ☐ Vaje za koordinacijo ☐ Trening vstajanja in usedanja ☐ Učenje hoje s pripomočki		

4. ODPUST

ODPUSTNI ZDRAVNIK			OPOMBA
Podpis:			

Datum: 24. 4. 2024	Oznaka dokumenta: KP_003 03
--------------------	-----------------------------

KLINIČNA POT OBRAVNAVE PSIHOGERIATRIČNEGA PACIENTA

Odpustnica	DA	NE	
Recepti za zdravila	DA	NE	
Termin kontrolnega pregleda	DA	NE	
Načrtovana nadaljnja obravnava pri: ☐ odpustnem psihiatru ☐ izbranem psihiatru ☐ psihiatru v DSO ☐ nevrologu ☐ osebnem zdravniku ☐ drugo: _____ (CDZO, SPO in dr.)			
Navodila o nadaljnjih postopkih podana svojcu/skrbniku/spremljevalcu ☐ pacientu ☐			

Lokacija predvidenega odpusta pacienta: ☐ Domov ☐ DSO/SVZ- prvi sprejem ☐ DSO/SVZ- vrnitev ☐ Druga bolnišnica ☐ Negovalni oddelek ☐ Exitus letalis ☐ Drugo: _____	
Predviden način prevoza: ☐ sanitetni prevoz ☐ prevoz urejen s strani svojca/skrbnika/kontaktne osebe	

PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE			OPOMBA
Podpis:			
Negovalna dokumentacija zbrana in končana	DA	NE	
Izpolnjevanje lista kontinuirane zdravstvene nege	DA	NE	
Predaja osebne lastnine in dragocenosti	DA	NE	
Predaja pacientove osebne dokumentacije	DA	NE	
Funkcionalna ocena stanja ob odpustu: ☐ samostojen ☐ delno odvisen ☐ nesamostojen			

OBRAVNAVA SOCIALNE SLUŽBE
Podpis:
V okviru dogovora v timu : ☐ obveščanje svojcev/skrbnika/kontaktne osebe ☐ obveščanje ostalih institucij

DELOVNO TERAPEVTSKA OBRAVNAVA		
Podpis:		
Evalvacija in izid obravnave	DA	NE

FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA		
Podpis:		
Evalvacija in izid obravnave	DA	NE

5. ODMIKI OD KLINIČNE POTI

Datum odpusta: _____

Odpustni zdravnik: _____