

 Psihiatrična bolnišnica Ormož	KLINIČNA POT: GLOBOKA TRANSKRANIALNA MAGNETNA STIMULACIJA (dTMS) V PBO
---	---

PODATKI O PACIENTU

NALEPKA/PODATKI O
PACIENTU

.....
.....

Datum in ura sprejema:

Kontaktna številka pacienta:

Zaporedna TMS številka pacienta:

Pacientov indeks na aparatu za TMS:

Pacient se bo terapije udeleževal v sklopu:

- ☐ Ambulantne obravnave
- ☐ Dnevno bolnišnične obravnave
- ☐ Oddelka za TMS

Pacient je bil napoten na zdravljenje s strani:

- ☐ Ambulantnega psihiatra
- ☐ Bolnišničnega oddelka PB Ormož
- ☐ Druge Psihiatrične bolnišnice

Drugo:

 Psihiatrična bolnišnica Ormož	KLINIČNA POT: GLOBOKA TRANSKRANIALNA MAGNETNA STIMULACIJA (dTMS) V PBO	

INFORMIRANJE PACIENTA

Izpolni zdravnik, podpis:		
Pacientu so razumljivo podane informacije o zdravljenju s TMS	DA	NE
Pacient podane informacije razume in sprejme	DA	NE
Pacient prejme in podpiše informirano soglasje	DA	NE

UVODNI RAZGOVOR

Izpolni zdravnik, podpis:		
Zapisan izvid o uvodnem razgovoru, ki vsebuje kratko anamnezo, psihični status, aktualno psihofarmakoterapijo in diagnozo	DA	NE
Izpolnjena ocenjevalna lestvica za depresijo	DA	NE
Izpolnjena ocenjevalna lestvica za OKM	DA	NE
Anamneza epilepsije	DA	NE
Prisotnost kovinskih vsadkov v telesu	DA	NE
Samomorilne misli, načrti ali vedenje v zadnjih 14 dneh	DA	NE
Sprememba psihofarmakoterapije v zadnjih 14 dneh	DA	NE
V preteklosti že opravljen klinično-psihološki pregled	DA	NE
Prvo zdravljenje s TMS	DA	NE
Opombe:		

PREDHODNA TERAPIJA

Izpolni zdravnik, podpis:		
ANTIDEPRESIVI	DA	NE
☐ Sertralin ☐ Fluoksetin ☐ Paroksetin ☐ Citalopram ☐ Escitalopram ☐ Vortiooksetin ☐ Trazodon ☐ Bupropion ☐ Mirtazapin ☐ Duloksetin ☐ Venlafaksin ☐ Agomelatin ☐ Maprotilin ☐ Reboksetin ☐ Moklobemid ☐ Amitriptilin		
PSIHOTERAPIJA	DA	NE
ANTIPSIHOTIKI	DA	NE
☐ Kvetiapin ☐ Olanzapin ☐ Klozapin ☐ Risperidon ☐ Paliperidon ☐ Lurasidon ☐ Ziprazidon ☐ Aripiprazol ☐ Breksipirazol ☐ Kariprazin ☐ Amisulpirid ☐ Sulpirid ☐ Haloperidol ☐ Flufenazin ☐ Zuklopentiksol ☐ Levomepromazin ☐ Depo preparat		
STABILIZATORJI RAZPOLOŽENJA	DA	NE
☐ Litij ☐ Lamotrigin ☐ Valproat ☐ Karbamazepin ☐ Okskarbazepin ☐ Topiramat		
POMIRJEVALA IN USPAVALA	DA	NE
☐ Lorazepam ☐ Diazepam ☐ Oksazepam ☐ Klonazepam ☐ Bromazepam ☐ Flurazepam ☐ Nitrazepam ☐ Zolpidem ☐ Alprazolam ☐ Pregabalin ☐ Gabapentin		
DRUGO:		

 Psihiatrična bolnišnica Ormož	KLINIČNA POT: GLOBOKA TRANSKRANIALNA MAGNETNA STIMULACIJA (dTMS) V PBO
---	---

AKTUALNA TERAPIJA

MAPIRANJE

Izpolni zdravnik, podpis:
Tuljava: ☐ H1 ☐ H7
Motorični prag:
Pozicija čelade:
Posebnosti:

PRETEKLA ZDRAVLJENJA S TMS

Izpolni zdravnik, podpis:	(Izpolni samo v primeru, da ne gre za prvo zdravljenje)
Število predhodnih zdravljenj s TMS:	
Kdaj se je končalo zadnje zdravljenje s TMS:	
Uporabljena tuljava ob zadnjem zdravljenju:	
Motorični prag ob zadnjem zdravljenju:	
Uporabljena moč aparata ob zadnjem zdravljenju:	
Posebnosti:	

ZDRAVLJENJE

Izpolni zdravnik, podpis:		
Protokol zdravljenja: ☐ Depresija ☐ OKM		
Theta burst	DA	NE
Predvideno število terapij:		
Predvidena moč aparata:		

 Psihiatrična bolnišnica Ormož	KLINIČNA POT: GLOBOKA TRANSKRANIALNA MAGNETNA STIMULACIJA (dTMS) V PBO
---	---

Št.	Datum	Moč	Pacientovo počutje	Parafa Dr./DMS
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				



Psihiatrična bolnišnica Ormož

**KLINIČNA POT:
GLOBOKA TRANSKRANIALNA
MAGNETNA STIMULACIJA (dTMS) V
PBO**

Št.	Datum	Moč	Pacientovo počutje	Parafa Dr./DMS
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				

 Psihiatrična bolnišnica Ormož	KLINIČNA POT: GLOBOKA TRANSKRANIALNA MAGNETNA STIMULACIJA (dTMS) V PBO
---	---

STRANSKI UČINKI

Izpolni zdravnik, podpis:		
Glavobol	DA	NE
Nelagodje v predelu stimulacij	DA	NE
Bolečina v predelu stimulacije	DA	NE
Bolečina v predelu čeljusti/zobovja	DA	NE
Trzanje mišic	DA	NE
Epileptični napad	DA	NE
Drugo:		

ZAKLJUČNI RAZGOVOR

Izpolni zdravnik, podpis:		
Zapisan izvid o zaključnem razgovoru, ki vsebuje kratko anamnezo, psihični status, aktualno psihofarmakoterapijo in diagnozo	DA	NE
Izpolnjena ocenjevalna lestvica za depresijo	DA	NE
Izpolnjena ocenjevalna lestvica za OKM	DA	NE
Klinično – psihološki pregled tekom zdravljenja	DA	NE
Nadaljnje ambulantno vodenje:		

Odstopanja od klinične poti:

Datum:

Podpis zdravnika:

Datum: 8. 1. 2025	Oznaka: KP_018 01
-------------------	-------------------