

1. PODATKI O PACIENTU

NALEPKA/PODATKI O PACIENTU

.....

.....

.....

Datum sprejema:

Spol: moški ženski

Poklic:

Leta šolanja:

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

.....

2. SPREJEM

nujen sprejem načrtovan sprejem

od doma iz druge bolnišnice iz DSO drugo

Pristanek na zdravljenje: DA (izjava) NE (prijava SMK) opravilna nesposobnost

Predhodno zdravljenje v ambulanti: DA NE

Predhodno zdravljenje v psihiatrični bolnici: DA NE

Sprejemni zapisnik

Anamneza	<input type="checkbox"/>	Somatska ocena	<input type="checkbox"/>
Heteroanamneza	<input type="checkbox"/>	Okvirni nevrološki pregled	<input type="checkbox"/>
Ocena psihičnega stanja	<input type="checkbox"/>	Pogovor o zdravljenju z bolnikom in svojci	<input type="checkbox"/>

Diagnoze:

.....

.....

.....

Zdravila:

.....

.....

.....

.....

.....

RR:

pulz:

O₂:

TT:

3. KLINIČNA OBRAVNAVA

Razširjena anamneza

Laboratorijska diagnostika:

- hemogram, DKS, CRP, hepatogram, sečnina, kreatinin, elektroliti, glukoza, ščitnični hormoni, folna kislina, vit.B12
- drugo
- laboratorijska diagnostika med vikendi, prazniki: (hemogram, DKS, CRP, hepatogram, sečnina, kreatinin, elektroliti, glukoza)

MIKROBIOLOŠKE PREISKAVE:

ELEKTROFIZIOLOŠKE METODE: EKG EEG

SLIKOVNE PREISKAVE: CT MRI

KLINIČNI PSIHOLOG; KLINIČNO PSIHOLOŠKI PREGLED:

INTERNIST:

NEVROLOG:

TERAPEVTSKE DEJAVNOSTI:

KLINIČNA OCENA (KPPS, test ure, kognitivni preizkus Addenbrook, Geriatrična lestvica depresivnosti, samomorilno vedenje)

Samomorilno vedenje

Brez samomorilnega vedenja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Želja po smrti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Samomorilne misli	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Samomorilne grožnje	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Samopoškodbeno vedenje	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Preprečen poskus	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Prekinjen poskus	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Nevaren poskus	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

4. NAČRTOVANI/IZVEDENI CILJI ZDRAVLJENJA

Diagnostika motnje	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Zdravljenje kognitivnega upada	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Zdravljenje vedenjskih in psihičnih sprememb	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Kognitivna rehabilitacija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Obravnava sočasnih duševnih motenj	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Obravnava sočasnih telesnih bolezni	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Ocena za DPP	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Ocena za invalidsko upokožitev	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Nastanitev v zavod	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Edukacija in razbremenjevanje svojcev	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

5. DELOVNOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA

Delovno terapevtsko ocenjevanje, individualna obravnava, skupinska obravnava, IADL-uporabne dejavnosti vsakodnevnega življenja.

Socialne aktivnosti	<input type="checkbox"/>
Akt. za ohranjanje procesnih spretnosti	<input type="checkbox"/>
Akt. za ohranjanje motoričnih spretnosti	<input type="checkbox"/>
Učenje dnevnih aktivnosti	<input type="checkbox"/>
Senzorno motivacijska skupina	<input type="checkbox"/>
Delovna terapija z glasbo	<input type="checkbox"/>
Orientacija v realnost	<input type="checkbox"/>
Ustvarjalne delavnice	<input type="checkbox"/>
Fizioterapija	<input type="checkbox"/>
Bralne aktivnost	<input type="checkbox"/>
Gospodinske aktivnosti	<input type="checkbox"/>
Aktivnosti v bivalnem okolju	<input type="checkbox"/>
Druge terapevtske tehnike	<input type="checkbox"/>

6. OBRAVNAVA SOCIALNE SLUŽBE

Socialna anamneza	<input type="checkbox"/> DA – dne	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ni mogoča
Pogovor s svojci	<input type="checkbox"/> DA – dne	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> nima
Pomoč pri zagotavljanju institucionalnega varstva	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Pomoč pri zagotavljanju oskrbe v domačem okolju	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Pomoč pri urejanju socialnega statusa	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Pomoč pri zagotavljanju socialno varstvenih prejemkov	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	

7. SODELOVANJE SVOJCEV

Vprašalnik o bremenu negovalca (CBI)	<input type="checkbox"/>		
Nima svojcev	<input type="checkbox"/>		
Individualno	<input type="checkbox"/> redno sodelujejo	<input type="checkbox"/> občasno sodelujejo	<input type="checkbox"/> ne sodelujejo

8. PODROČJE ZDRAVSTVENE NEGE

Sprejemna dokumentacija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pogovor s pacientom (zabeleži odstopanja, opažanja)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

Pogovor s spremljevalcem (zabeleži pomembne informacije, odstopanja)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
--	-----------------------------	-----------------------------

Ocena tveganja za padec:	<input type="checkbox"/> majhna (P1)	<input type="checkbox"/> srednja (P2)	<input type="checkbox"/> velika (P3)
Kategorizacija:	<input type="checkbox"/> I.	<input type="checkbox"/> II.	<input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV.
Izpolnjena negovalna dokumentacija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Ocena prehranjevanja in pitja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Ocena samooskrbe	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Ocena spanja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Ocena gibanja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Lestvica odkrite agresije OAS	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	
Izvedba PVU	<input type="checkbox"/> DA , čas trajanja:		<input type="checkbox"/> NE
Ocena trenutnega stanja pacienta	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	

IZVEDENI POSTOPKI IN POSEGI:

Nazogastrična sonda		
<input type="checkbox"/> DA, datum vstavitve:	datum odstranitve:	<input type="checkbox"/> NE
Infuzija		
<input type="checkbox"/> DA, kaj prejema:	koliko časa:	<input type="checkbox"/> NE
Kateterizacija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> enkratno; vzrok: _____		
<input type="checkbox"/> stalni urinski kateter, datum menjave: _____		
Čistilna klizma		
<input type="checkbox"/> DA, kako pogosto:	<input type="checkbox"/> NE	
Cilji zdravstvene nege	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Cilji ZN doseženi med hospitalizacijo	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

INFORMACIJE/NAVODILA SVOJCEM

Ustna	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Pisna	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
Svojci so opravili program izpopolnjevanja glede zdravstvene nege/oskrbe njihovega svojca	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

9. ZAKLJUČENO ZDRAVLJENJE

Redno zaključeno

Predčasno zaključeno

- premestitev na drug psihiatrični oddelek: _____

- premestitev na somatski oddelek: _____

- drugo: _____

10. NAČRTOVANA NADALJNA OBRAVNAVA

pri osebnem zdravniku

pri izbranem psihiatru

v gerontopsihiatrični ambulanti

pri odpustnem psihiatru: _____

pri psihiatru v DSO

pri nevrologu

drugje: _____

11. ODPUST

Domov

DSO/SVZ prvi sprejem

DSO/SVZ - se vrne

Drugo

Odpustnica

Rp

Navodila svojcem

Datum odpusta: _____ Zdravnik: _____