

Ime in priimek pacienta: _____ Rojstni podatki: _____

Ostale diagnoze: _____

1. PREDHOSPITALNA OBRAVNAVA

	DA	NE
NMP / RA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPP / NEVROLOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT / RTG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SPREJEM

	DA	NE
PROTI VOLJI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSIHIČNI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELESNI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STANDARD, NH3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
URIN NA PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. HOSPITALNA OBRAVNAVA

	24	48	72	96
PSIHIČNI STATUS				
TELESNI STATUS				
VF				
STANDARD, NH3				
KS				
PVU				
ZDRAVILA				
VITAMINI				
INTENZIVNA LISTA				

Pripravil:
Anita Romih,
dr. med., spec. psih.

Pregledal:
Dušan Lunder, dr. med., spec. psih.,
Mateja Strbad, dr. med., spec. psih.

Sprejel: Strokovna direktorica
Metoda Vidmar Vengust,
dr. med., spec. psih.

Dokumenti so obvladovani računalniško (preko strežnika). Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. V primeru razlik med dokumenti se uporabi izvirni dokument (elektronska ali overjena pisna verzija), ki se nahaja na zbirniku oz. pri skrbniku dokumentov.

4. LESTVICA ZA OCENO SIMPTOMOV, POVZETA PO CIWI

SIMPTOM	24		48		72		96	
	DA	NE	DA	NE	DA	NE	DA	NE
SLABOST/BRUHANJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TREMOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANKSIOZNOST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGITACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ZNOJENJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DEZORIENTACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELESNE HALUCINACIJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SLUŠNE HALUCINACIJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIDNE HALUCINACIJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GLAVOBOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ŠT. TOČK								

5. ODPUST

	DA	NE
BDZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VITAMINI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSTALA TERAPIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VPIS NA ČAKALNO LISTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMBULANTNA OBRAVNAVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OZBO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSTALE NAPOTITVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFORMIRANJE SVOJCEV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ZAPLETI**ZDRAVSTVENI****1. Telesni**

a. Obravnavani na SO:

b. Obravnavani na UC (IPP, urgentna nevrološka ambulanta)

- Kvantitativno skaljena zavest

- Kombinacija alkoholnega delirija z akutno intoksikacijo

- Serija epi napadov, ki ne reagirajo na medikamentozno terapijo

- Tiste, s spremljajočim akutnim poslabšanjem že ugotovljene kronične telesne bolezni (KOPB, sladkorna bolezen na inzulinu, srčno popuščanje oz. motnje srčnega ritma ...)

- Akutno nastale spremljajoče somatske bolezni, npr. infekt

- Ekstremna slabost z

bruhanjem - Saturacija pod 90

- Hipertenzivna kriza nad 180/120, ki ne reagira na medikamentozno terapijo oz. tendenca dvigovanja RR ali tendenca zniževanja RR ob poviševanju FR

- Izraziteje iztirjeni laboratorijski parametri: elektrolitski, anemije pod 90, trombocito-penija, povišane vrednosti amonijaka

- Glede na trajanje (fiksiranega) delirantnega bolnika – če v 48 do 72 urah ne doseže terminalnega spanca

- Drugo:

2. Psihični:**3. Epileptični napad:** DA NE

SOCIALNI:

SMRTNI IZID:

OBDUKCIJA:

OSTALO:

Datum prenehanja delirija:

Datum odpusta:

Ime in priimek zdravnika:

Šifra zdravnika:

Podpis: