

Ime in priimek: _____

Številka popisa: _____

Spol: M Ž Starost: 18 - 25 nad 25

Začetek bolezni: pred 18 med 18 in 25 nad 25

	DA	NE
V bolnišnico sprejet prvič	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do sedaj hospitaliziran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voden v psihiatrični ambulanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prejemal zdravila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisotni neželeni učinki zdravil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. SPREJEM (izpolni sprejemni zdravnik):

Ime in priimek zdravnika: _____

	DA	NE
Sprejemni zapisnik po protokolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heteroanamneza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprejet brez privolitve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ob sprejemu pod vplivom PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dobil pojasnilo o zdravljenju v psihiatrični bolnici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informiranje svojcev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratorijski standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATITISI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin na PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALKOTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. HOSPITALIZACIJA: VAROVANI ODDELEK

Ime in priimek zdravnika: _____

	DA	NE
Psihiatrična anamneza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internistični status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nevrološka ocena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CGI-S 0= brez ocene 3= blago duševno bolan 6= hudo duševno bolan
 1= normalno, brez bolezni 4= zmerno duševno bolan 7= med najbolj bolnimi pacienti
 2= mejno duševno bolan 5= izrazito duševno bolan

	DA	NE
EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT možgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pripravil:
Bojana Gržinič,
dr. med., spec. psih.

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

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

Kliničnopsihološki pregled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialna intervencija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pogovor s svojci in informiranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentozna terapija – odzivnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisotni zapleti pri medikamentoznem zdravljenju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komorbidnost s PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odklonilen do zdravljenja v prvem obdobju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odklonilen do zdravljenja ob odpustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ZDRAVLJENJE NA ODPRTEM ODELKU:	Ime in priimek zdravnika:	
-----------------------------------	---------------------------	--

	DA	NE
Načrt obravnave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vključen v edukacijski program za paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualni psihoterapevtski pogovori (suportivni z elementi VKT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2x tedensko mala skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1x tedensko velika skupina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voden pri kliničnem psihologu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialni ukrepi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Učenje socialnih veščin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delovna terapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telesna aktivnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodelovanje svojcev v procesu zdravljenja - informiranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vključitev zdravljenja odvisnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapevtski izhodi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CGI-I <input type="checkbox"/> 0= brez ocene <input type="checkbox"/> 2= dobro izboljšanje <input type="checkbox"/> 4= brez spremembe <input type="checkbox"/> 6= močno poslabšanje		
<input type="checkbox"/> 1= izrazito izboljšanje <input type="checkbox"/> 3= minimalno izboljšanje <input type="checkbox"/> 5= blago poslabšanje <input type="checkbox"/> 7= izrazito poslabšanje		

Ocena dejavnikov tveganja pred odpustom:		
--	--	--

	DA	NE
Zgodnji začetek bolezni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Predhodno slabo funkcioniranje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moški spol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DUP dolgotrajen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negativni simptomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neugodni socialni dejavniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osebnostna motnja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapevtska rezistenca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neželeni učinki zdravil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metabolni sindrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slinjenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturne spremembe možganov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prisotnost anosognozije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. NAČRT OBRAVNAVE PO ODPUSTU:

	DA	NE	
Sodelovanje svojcev ob zaključku zdravljenja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skupnostna obravnava po odpustu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pojasnila o zdravilih	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Navodila o ukrepih ob poslabšanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Število zdravil ob odpustu	<input type="checkbox"/> pod 3	<input type="checkbox"/> med 3 in 5	<input type="checkbox"/> nad 5

Datum prvega ambulantnega pregleda v 30 dneh po odpustu: _____

Odpustna dokumentacija hospitalizacije zaključena v 8 dneh DA NE