



Klinična pot: **SPREJEM STAROSTNIKA NA PSIHOGERIATRIČNI ODDELEK**

Ime in priimek: _____ Datum sprejema: _____

SPREJEM

IZPOLNI ZDRAVNIK	Da	Ne	Ni potrebno
Pogovor s pacientom			
Predhodno zdravljenje v ambulanti			
Ocena telesnega stanja- pregled			
Uvedba terapije »per os«			
Uvedba terapije parenteralno			
Sprememba terapije			
Uvedba fiksacije v primeru nemira			
Pogovor s spremljevalcem <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> svojec <input type="checkbox"/> spremljajoče zdravstveno osebje <input type="checkbox"/> drugi		
Predhodno zdravljenje v bolnišnici <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-2 krat <input type="checkbox"/> 3-4 krat <input type="checkbox"/> več kot 5 krat		
Ocena psihičnega stanja psihogeriatričnega pacienta	<input type="checkbox"/> akutizacija kronične duševne bolezni <input type="checkbox"/> psihotična stanja <input type="checkbox"/> afektivne motnje <input type="checkbox"/> ogrožanje lastnega življenja, življenja drugih, agresivnost do predmetov		
Diagnostični postopki <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rutinski laboratorij <input type="checkbox"/> nevrolog <input type="checkbox"/> specifične laboratorijske preiskave <input type="checkbox"/> internist <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> EKG		
Prihod pacienta od: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> planiran <input type="checkbox"/> nujen <input type="checkbox"/> od doma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> iz druge bolnišnice <input type="checkbox"/> iz Doma starejših občanov		
Privolitev na hospitalno zdravljenje <input type="checkbox"/> osebno Podpis _____ <input type="checkbox"/> skrbnik Podpis _____			

IZPOLNI DEŽURNA MEDICINSKA SESTRA	Da	Ne	Ni potrebno
Ažuriranje pacientove zdrav. kartice v času odsotnosti administracije			
Pogovor s pacientom			
Pogovor s spremljevalcem			
Pregled predloženih izvidov			
Pomoč zdravniku pri pregledu pacienta			
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije- anamneza			
Ocena pacienta za nastanek preležanin			
Aplikacija zdravila po naročilu zdravnika			
Namestitev pacienta na oddelek			
Informirani pristanek pacienta o posredovanju podatkov svojcem			
Kontrola vitalnih funkcij <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> telesna temperatura <input type="checkbox"/> saturacija		



IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA NA ODDELKU	Da	Ne	Ni potrebno
Vzpostavitev komunikacije s pacientom			
Izpolnjevanje negovalne dokumentacije– ugotavljanje negovalnih problemov pri pacientu			
Seznanitev pacienta in spremljevalca s hišnim redom			
Osebna higiena			
Naročanje predpisanih preiskav			
Predaja osebnih stvari in dragocenosti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> svojcem <input type="checkbox"/> v garderobo <input type="checkbox"/> v bolnišnični sef

DAN PO SPREJEMU DO PRIPRAVE NA ODPUST

IZPOLNI ZDRAVNIK	Da	Ne	Ni potrebno
Pošiljanje pacienta na kontrolne preglede k drugim specialistom			
Uvedba specifičnih zdravil			
Timska vizita- ocena napredka			
Ugotavljanje možnih EPS zapleti			
Prisotnost neodzivnosti na uvedeno terapijo			
Ocena teže bolezni- KPSS tekom zdravljenja na oddelku			
Dajanje informacij svojcem			
Odredba terapevtskega izhoda			
Pregled že obstoječe dokumentacije pacienta v bolnišnici- obstoječi popis bolezni			
Dodatno vključevanje drugih služb bolnišnice (socialna delavka, delovna terapevtka, psiholog)			
Individualni razgovor			
Informiranje svojcev o pripravah na odpust			
Vključitev svojcev v edukativno skupino			
Kontrolne preiskave <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> rutinski laboratorij <input type="checkbox"/> internist <input type="checkbox"/> dodatne laboratorijske preiskave
Dodatne diagnostične preiskave <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> IMR

IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA	Da	Ne	Ni potrebno
Aktiviranje socialne službe			
Aktiviranje delovne terapije			
Aktiviranje pacienta v sodelovanju za samopomoč			
Naročanje kontrolnih preiskav po naročilu zdravnika			
Opazovanje pacienta			
Ocena ogroženosti za nastanek preležanine (prilagojen obrazec)			
Priprava pacienta na odpust			
Ocena zahtevnosti zdravstvene nege			
Izdelava negovalnega načrta			
Vključitev svojcev v edukativno skupino			
Obveščanje zdravnika o spremembah			
Priprava na terapevtski izhod			<input type="checkbox"/> priprava zdravil in dovolilnice izhoda
Ukrepi za preprečevanje in oskrbo preležanine			<input type="checkbox"/> preveza preležanine



IZPOLNI SOCIALNA DELAVKA	Da	Ne	Ni potrebno
Socialna anamneza			
Načrt socialne pomoči			
Vabljeni svojci na individualni razgovor			
Aktiviranje lokalno pristojne socialne službe			
Individualni razgovor s pacientom			
Urejenost socialnih razmer			
Vključitev svojcev v edukativno skupino			
Podajanje informacij članom zdravstvenega tima			
Lokacija predvidenega odpusta pacienta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> domov <input type="checkbox"/> exitus <input type="checkbox"/> tuja družina	<input type="checkbox"/> Dom starejših občanov <input type="checkbox"/> druga bolnišnica <input type="checkbox"/> negovalni oddelek	
Predviden način prevoza domov <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> reševalno vozilo	<input type="checkbox"/> osebni avto svojca	
Obveščanje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> svojca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dom starejših občanov	<input type="checkbox"/> problematika <input type="checkbox"/> skrbnika <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Center za soc. delo	<input type="checkbox"/> čas predvidenega odpusta	

IZPOLNI DELOVNA TERAPEVTKA	Da	Ne	Ni potrebno
Pripravljen plan obravnave			
Ocena senzorne motorike			
Ocena funkcionalnega stanja			
Komunikacija vzpostavljena			
Sodelovanje v družabnih igrah			
Motivacijski razgovor			
Izbira in aplikacija aktivnosti			
Konzultiranje z razširjenim timom			
Opredelitev problemov			
Vključitev svojcev v edukativno skupino			
Podajanje informacij članom zdravstvenega tima			

ODPUST

IZPOLNI ZDRAVNIK	Da	Ne	Ni potrebno
Odpustnica napisana			
Napisan Rp			
Naročen kontrolni pregled			
Navodila o nadaljnjih postopkih <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pacientu <input type="checkbox"/> svojcem		

IZPOLNI SOCIALNA SLUŽBA	
V okviru dogovora v timu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> obveščanje svojcev <input type="checkbox"/> obveščanje ostalih institucij



IZPOLNI MEDICINSKA SESTRA	Da	Ne	Ni potrebno
Negovalna dokumentacija zbrana in končana			
Pacient pripravljen na odpust			
Izpolnjevanje lista kontinuirane zdrav. nege			
Predaja osebne lastnine			
Predaja dragocenosti			
Predaja RTG slik			
Funkcionalna ocena stanja ob odpustu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/> samostojen <input type="checkbox"/> delno odvisen <input type="checkbox"/> nesamostojen	
Podana ustna navodila <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pacientu <input type="checkbox"/> svojcu <input type="checkbox"/> spremljevalcu	

IZPOLNI DELOVNA TERAPEVTKA	Da	Ne	Ni potrebno
Evalvacija			
Zaključitev DT kartona			

ODMIKI OD KLINIČNE POTI

Datum odpusta: _____