

KLINIČNA POT (BOL KP 02)

NEAKUTNA OBRAVNAVA BOLNIKA (NAO)

Ime in priimek: _____

Rojstni podatki: _____

Datum sprejema: _____ Datum odpusta: _____

Premestitev iz oddelka _____ trajanje predvidene NAO _____

Sobni/lečeči zdravnik na AO: _____

Razlog za sprejem: _____

OBRAVNAVA	IZVAJALEC	AKTIVNOST	DA	NE	INIC.
AKUTNA	zdravnik	Ocena potrebe po NAO 7. dan hospitalizacije			
	MS	Ocena potrebe po NAO 7. dan hospitalizacije			
	zdravnik	Bolnik je zaključil AO			
	zdravnik	Bolnik izpolnjuje kriterije za NAO			
	zdravnik	Bolnik je seznanjen s premestitvijo na NAO			
	zdravnik	Svojci so seznanjeni s premestitvijo na NAO			
	zdravnik	Premestitev je bila dogovorjena in usklajena z vodjo oddelka			
NEAKUTNA	zdravnik	V bolnikovi zdravstveni dokumentaciji je opisana ocena potreb po nadaljnji NAO			
	MS	Ob premestitvi ima bolnik zaključeno AO			
	MS	Začetna ocena potreb po ZN narejena ob premestitvi			
	MS/Soc. del.	Začetna ocena potreb po socialni obravnavi narejena v enem dnevu od premestitve			
	FT	Začetna ocena potreb po fizioterapiji narejena v enem delovnem dnevu od premestitve			
	MS	Pogovor med svojci in vodjo oddelka opravljen			
ODPUST	MS	O odpustu bolnika telefonsko obveščena patronažna služba, svojci, institucionalna ustanova (podčrtaj)			
	MS	Odpustna dokumentacija vsebuje zaključek NAO			
	MS	Odpustno pismo ZN patronažni službi			
	MS	Pri bolniku je prekoračeno predvideno trajanje NAO			