



PREDLOG ZA NAMESTITEV BOLNIKA NA NEAKUTNO BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE (NBO) V BOLNIŠNICO TOPOLŠICA

BOLNIŠNICA: _____

ODDELEK: _____

1. PODATKI O BOLNIKU:

PRIIMEK IN IME BOLNIKA: _____

NASLOV: _____

DATUM ROJSTVA: _____

MEDICINSKE DIAGNOZE:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

KRATEK OPIS POTEKA BOLEZNI

TERAPIJA, KI JO BOLNIK PREJEMA

BRIS NA MRSA in ESBL

Datum izvida: _____

Negativen

Pozitiven (ESBL) koža žrelo nos rektum

Pozitiven (MRSA) koža žrelo nos rektum

Ali je akutna zdravstvena obravnava zaključena?

DA NE

Ali je zdravstveno stanje stabilno?

DA NE

2. KRITERIJ SPREJEMA V NBO - ZZZS (obkroži ustrezní odgovor):

1. Zaključena akutna obravnava (datum)_____
2. Potreba bolnika po zdravstveni negi, ki je ni mogoče izvajati na domu.
3. Potreba po rehabilitaciji oz. FTH, ki je ni mogoče izvesti ambulantno ali v rehabilitacijskem centru.
4. Potreba bolnika po zdravstveni vzgoji in svetovanju, ki je ni mogoče izvesti ambulantno.
5. Bolnik čaka na trajno rešitev problema oskrbe in nege, ki je nastal kot posledica trajnega poslabšanja zdravstvenega stanja po preboleli akutni bolezni.
6. Bolnik potrebuje paliativno oskrbo(PO) na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

2.1. CILJ NBO (obkroži ustrežni odgovor):

1. Ureditev terapije: bolečina paliativa drugo _____
2. Priprava na TZKD
3. FTH aktivacija in navodila za doma
4. Povečan obseg zdravstvene nege

3. SVOJCI SEZNAVJENI S CILJI PREMESTITVE NA NBO DA NE

4. OPIS TRENUTNEGA STANJA BOLNIKA

KATEGORIJA ZDRAVSTVENE NEGE

I (samostojen) II (delno odvisen) III (popolnoma odvisen)

OSTALI PODATKI

Stanje zavesti: luciden somnolenten zmeden se ne odziva

Komunikacija: verbalna neverbalna otežena ni možna

Dieta: NE DA Katera _____

Pot vnosa hrane in tekočine: PER OS NGS PEG drugo _____

Inkontinenca: NE DA blato urin vstavljen TUK

Dihanje: samostojno traheostoma dodatek kisika

RZP: NE DA lokacija _____

Stoma: NE DA lokacija _____

Ortopedski pripomočki: _____

5. NAČRT NAMESTITVE in SOCIALNI STATUS

Bolnikovo socialno okolje: svojci skrbnik drugo _____

Ime in priimek: _____ Tel.št.: _____

Ali ima bolnik urejeno nastanitev po zaključeni obravnavi?

DA NE V POSTOPKU UREJANJA

Ali gre bolnik po zaključeni obravnavi v domače okolje?

DA NE OBSTOJA MOŽNOST

Ali je vloga za sprejem v DSO oddana?

DA NE

V DSO 1 _____ Kdaj? _____

V DSO 2 _____ Kdaj? _____

Kontaktna oseba (ime priimek): _____ podpis

Tel. številka: _____

6.PREDLOG SESTAVIL IN PREGLEDAL:

ODGOVORNA dipl.med.s._____ (podpis in datum)

ODGOVORNI ZDRAVNIK_____ (podpis in datum)

7.OBVEZNE PRILOGE

- **LABORATORIJSKI IZVIDI**(K, Na, sečnina, kreatinin, hemogram, CRP), ki niso starejši kot 2 dni;
- **IZVID INTERNISTA** (v kolikor bolnik ne leži v internistični enoti);
- **RENTGENOGRAM PRSNEGA KOŠA** (slika in odčitek);
- **NADZORNI BRISI.**

8.OBRAVNAVA PREDLOGA V BOLNIŠNICI TOPOLŠICA

Dokumentacija je popolna **DA** **NE**

Bolnik je primeren kandidat za NBO **DA** **NE**

Predviden termin premestitve:_____

ODGOVORNA dipl.med.s. v BT_____ (podpis in datum)

ODGOVORNI ZDRAVNIK_____ (podpis in datum)