

KP TRAJNO ZDRAVLJENJE S KISIKOM NA DOMU (TZKD)

PODATKI PACIENTA (nalepka):

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____ Enota: _____

	Izvajalec KP	AKTIVNOST			Odmiki
TESTIRANJE PACIENTA ZA TZKD	ZDRAVNIK	TZKD indicirano	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Izvedena PAAK brez kisika	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Izvedena PAAK na predvidenem pretoku kisika	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Izveden RTG. p .c.	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Izvedena spirometrija	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Izveden laboratorij	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Izvedena UZ srca za oceno pljučne hipertenzije	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Paliativno zdravljenje	DA	NE	
	ZDRAVNIK	Naročena šola TZKD	DA	NE	
	ZDRAVNIK podpis				
ŠOLA TZKD	DMS	Izvedena šola TZKD	DA	NE	
	DMS	Svojci prisotni na šoli	DA	NE	
	DMS podpis				
	FTH	Učenje dihalnih vaj	DA	NE	
	FTH podpis				
	SOC. DEL.	Poizvedba o pogojih zdravljenja s TZKD	DA	NE	
	SOC. DEL. podpis				
ODPUST PACIENTA	DMS	Aparat odobren	DA	NE	
	DMS	Aparat najet	DA	NE	
	DMS podpis				

Obkroži ustrezen odgovor!

Krepko izpisan odgovor NE zahteva obrazložitev v tabeli odmiki!

SOGLASJE PACIENTA ZA NAJEM APARATA

Zdravnik, ki je predpisal zdravljenje s kisikom: _____

Datum in podpis zdravnika:

NAJEM APARATA

- Odločitev pacienta o viru kisika : _____

- Dobavitelj obveščen: DA NE

- Kateri dobavitelj: _____

- Datum dobave: _____

Datum in podpis pacienta/ skrbnika:
