

Priprava na sprejem

Prostor za nalepko

Triažne skupine:

- 1 – prva obravnava – huda nezgodna možganska poškodba z nevrološkimi posledicami
- 2 – prva obravnava – blaga možganska poškodba brez nevroloških posledic
- 3 – ponovni sprejem – nadaljevanje primarne rehabilitacije
- 4 – ponovni sprejem – ponovna obravnava prvi dve leti po poškodbi
- 5 – ponovni sprejem – obnovitvena rehabilitacija več kot dve leti po poškodbi
- 6 – samoplačniki

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM
<input type="checkbox"/> Prejem predloga za sprejem	Vodja oddelka	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> Bolnišnica _____ Zdravnik _____ <input type="checkbox"/> telefonično <input type="checkbox"/> napotnica
<input type="checkbox"/> Ambulantni pregled pred sprejemom	Zdravnik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> IRSR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> Otr odd KC LJ <input type="checkbox"/> Ni potreben
<input type="checkbox"/> Triažna skupina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Vodja oddelka	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Spremljevanje starša	Vodja oddelka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Datum sprejema	Vodja oddelka	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prisotnost rezistentnih bakterij	Vodja oddelka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Potreba po izolaciji - organizacija	Vodja oddelka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
<input type="checkbox"/> Vabilo za sprejem ali ambulantno obravnavo - triažne skupine 3-5	Administratorka	Sprejem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poslano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Sprejem na oddelek - Pregled 1. dan

SPREJEMNI ADMINISTRATOR

SPREJEMNA DMS

SPREJEMNI ZDRAVNIK

Osnovni podatki

Glavna diagnoza:

Spremljajoče diagnoze: _____

Datum poškodbe: _____

Bolnica in oddelek primarnega zdravljenja: _____

Priprava oddelčne dokumentacije za otroka – diplomirana medicinska sestra

Podpis _____

Namestitev otroka in spremstva v bol sobo/na posteljo – medicinski tehnik

Podpis _____

Predstavitve oddelka staršu – izročitev hišnega reda (priloga) - dipl medicinska sestra

Podpis _____

Izpolnitev vprašalnika nege – oddelčni dokument (priloga) - dipl medicinska sestra

Podpis _____

Vprašalnik PEDI - izročitev staršu - dipl med sestra _____

Pregled bolnika ob sprejemu – zdravnik

Podpis _____

Izpolnitev lista o zdravstvenem stanju pred poškodbo – oddelčni dokument (priloga) – sprejemni zdravnik

Podpis _____

Anamneza poškodbe, pregled zdravstvene dokumentacije - zdravnik

Podpis _____

Predpis medikamentozne terapije na temperaturno listo – zdravnik

Podpis _____

Navodila za medikamentozno terapijo za medicinske sestre – zdravnik

Podpis _____

Določitev zdravstvene nege in navodila: (odgovorna oseba) - sprejemni zdravnik

Podpis _____

a) način prehranjevanja in vnos tekočine

per os nazogastrična sonda gastrostoma

bilanca tekočine NE DA (posebna lista) - medicinski tehnik Podpis _____

b) prehrana

- normalna dieta - vrsta _____
- pasirana miksana mleta
- dodatki _____
- izvaja medicinski tehnik Podpis _____

c) dihanje

- ni težav kanila respiratorni infekt
- aspiracija Podpis zdravnik _____
- inhalacije Podpis zdravnik _____
- izvaja medicinski tehnik Podpis _____

d) spanje

- ciklus spanja vzpostavljen DA NE
- uspavala DA NE vrsta _____
- Podpis - zdravnik _____
- izvaja medicinski tehnik Podpis _____

e) koža

- čista izpuščaj - mesto _____
- rana mesto _____ LASER DA NE Podpis zdravnik _____
- vprašalnik za rane (dipl med sestra) - obstoječi dokument na oddelku
- Podpis _____

f) preventiva preležanin/obračanje – medicinski tehnik

- NE DA antidekubitalna blazina
- urnik obračanja - medicinski tehnik (poseben dokument)
- Podpis _____

g) urin

- zavestna kontrola plenice kateter
- odvzem katetra datum _____ Podpis (odgovorni zdravnik) _____
- UZ kontrole zaostankov NE DA število, čas _____
- izvaja zdravnik Podpis _____
- katetrizacije – urnik
- odgovorni zdravnik Podpis _____
- izvaja DMS Podpis _____

h) blatozavestna kontrola plenice rednost odvajanjaodvajala DA NE VRSTA _____Podpis (odgovorni zdravnik) _____Izvedba medicinski tehnik - Podpis _____**i) bolečina** DA NE Ocena po VAS lestvici 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Podpis (odgovorni zdravnik) _____

j) druge poškodbe – imobilizacija DA NE Odgovorni zdravnik _____

OPIS _____

UKREPI _____

k) stanje zavesti - Stopnje po lestvici PALLOC (opisi posameznih stopenj v prilogi) – sprejemni zdravnik, nato tekom prvega tedna obravnave še ostali člani strokovnega tima

<input type="checkbox"/> 1	Koma	
<input type="checkbox"/> 2	Vegetativno stanje	Zelo malo odgovora
<input type="checkbox"/> 3		Refleksno stanje
<input type="checkbox"/> 4		Nivo visoke aktivnosti in/ali reakcij v draženih delih telesa
<input type="checkbox"/> 5		Stanje minimalne zavesti
<input type="checkbox"/> 6	Spremenljive reakcije	
<input type="checkbox"/> 7	Stalne, ponovljive reakcije	
<input type="checkbox"/> 8	Polna zavest	

 Podpis (odgovorni zdravnik) _____**l) epilepsija**zdravila, napadi prisotni zdravila, napadov ni ni zdravil

Ukrepi _____

Podpis (odgovorni zdravnik) _____

Rehabilitacijski program 2. dan

I. Jutranja vizita na oddelku (zdravnik, dipl med sestra, med tehnik)

- a) zdravstveno stanje nespremenjeno
 pripombe _____
_____ Odgovorni zdravnik _____
- b) medikamentozna terapija nespremenjena
 spremembe (vpisane na temp listo) Odgovorni zdravnik _____
- c) sposoben za predvidene rehabilitacijske programe DA NE Odgovorni zdravnik _____

II. Informativni sestanek na oddelku (vsi člani tima)

- a) informacije za udeležence glede potrebe po negi in vključitvi v programe
b) dogovor o vključevanju posameznih članov strokovnega tima v terapijski program

zdravnik Podpis _____

Prisotni: dipl med sestra _____ med tehnik _____
psiholog _____ soc del _____
delovni terapevt _____ fizioterapevt _____
logoped _____ dietetik _____
spec pedagog _____ učitelj _____

III. Predvidene obravnave

Fizioterapija DA NE Delovna terapija DA NE Logoped DA NE
Psiholog DA NE Socialni delavec DA NE Spec pedagog DA NE
Hidroгимnastika DA NE Šola DA NE
Drugo _____

IV. Obravnave pri ostalih članih tima – testiranja, terapijski program, pripomočki

Fizioterapija odgovorna oseba _____
Delovna terapija odgovorna oseba _____
Psiholog odgovorna oseba _____
Logoped odgovorna oseba _____
Socialni delavec odgovorna oseba _____

Rehabilitacijski program 3. dan

I. Jutranja vizita (zdravnik, dipl. med. sestra, med. tehnik)

a) zdravstveno stanje nespremenjeno
 pripombe _____
_____ Odgovorni zdravnik _____

b) medikamentozna terapija nespremenjena
 spremembe (vpisane na temp listo) Odgovorni zdravnik _____

c) sposoben za predvidene rehabilitacijske programe DA NE Odgovorni zdravnik _____

II. Nega – pripombe _____
_____ Odgovorna DMS _____

III. Obravnave pri ostalih članih tima – testiranja, terapevtski program, pripomočki (liste v prilogi)

Fizioterapija DA NE odgovorni: _____

Delovna terapija DA NE odgovorni: _____

Psiholog DA NE odgovorni: _____

Logoped DA NE odgovorni: _____

Socialni delavec DA NE odgovorni: _____

IV. Skupina za starše

Psiholog _____

Socialni delavec _____

V. Timski sestanek

Poročanje vseh članov tima in dogovor o ciljih in programu rehabilitacije

Zdravnik _____ Fizioterapevt _____

Delovni terapevt _____ Psiholog _____

Logoped _____ Socialni delavec _____

Diplomirana med sestra _____ Medicinski tehnik _____

Specialni pedagog _____ Učitelj _____

Pripomočki : iz zaloge oddelka _____ Odgovorna DMS _____

predpis _____ Odgovorni zdravnik _____

Cilji rehabilitacije

a) kratkoročni _____

b) srednjeročni _____

c) dolgoročni _____

Sestanek članov tima s starši: NE DA datum □□.□□.□□□□

Sestanek tima s šolo/vrtcem NE DA datum □□.□□.□□□□

Naslednji timski sestanek s poročili članov tima : datum □□.□□.□□□□

Rehabilitacijski program 4.- 12. dan

I. Jutranja vizita (zdravnik, dipl. med sestra, med. tehnik)

a) zdravstveno stanje nespremenjeno

pripombe _____

Podpis zdravnik _____

b) medikamentozna terapija nespremenjena

spremembe (vpisane na temp listo)

c) sposoben za predvidene rehabilitacijske programe DA NE Podpis zdravnik _____

II. Nega – pripombe _____

Odgovorna DMS _____

III. Obravnave pri ostalih članih tima – testiranja, terapevtski program, pripomočki (liste v prilogi)

Fizioterapija DA NE odgovorni: _____

Delovna terapija DA NE odgovorni: _____

Psiholog DA NE odgovorni: _____

Logoped DA NE odgovorni: _____

Socialni delavec DA NE odgovorni: _____

IV. Program multimodalne senzorne stimulacije (kadar je PALLOC 7 ali manj):

NE DA datum dogovora datum začetka

Odgovorni zdravnik _____

Izvajanje programa 2 krat po 6 tednov, prekinitvev prej. če se stopnja zavesti dvigne do PALLOC 8

Dogovor članov tima o sestavi urnika za izvedbo: 3 stimulacije na dan z obveznim vmesnim počitkom

Stanje zavesti po lestvici PALLOC: 1 2 3 4 5 6 7 8

Senzorna stimulacija DA NE odgovorni: _____

Vidna stimulacija DA NE odgovorni: _____

Temperaturna stimulacija DA NE odgovorni: _____

Bolečinska stimulacija DA NE odgovorni: _____

Stimulacija vonja DA NE odgovorni: _____

Slušna stimulacija DA NE odgovorni: _____

Urniki v prilogi

Rehabilitacijski program 13. dan

I. Jutranja vizita (zdravnik, dipl. med sestra, med. tehnik)

a) zdravstveno stanje nespremenjeno
 pripombe _____
_____ Podpis zdravnik _____

b) medikamentozna terapija nespremenjena
 spremembe (vpisane na temp listo) Podpis zdravnik _____

c) sposoben za predvidene rehabilitacijske programe DA NE Podpis zdravnik _____

II. Nega – pripombe _____
_____ Odgovorna DMS _____

III. Obravnave pri ostalih članih tima – testiranja, terapevtski program, pripomočki

Fizioterapija DA NE odgovorni: _____
Delovna terapija DA NE odgovorni: _____
Psiholog DA NE odgovorni: _____
Logoped DA NE odgovorni: _____
Socialni delavec DA NE odgovorni: _____

V. Skupina za starše

Psiholog DA NE odgovorni: _____
Socialni delavec DA NE odgovorni: _____

Stanje zavesti po lestvici PALLOC: 1 2 3 4 5 6 7 8

Senzorna stimulacija DA NE odgovorni: _____
Slušna stimulacija DA NE odgovorni: _____
Vidna stimulacija DA NE odgovorni: _____
Temperaturna stimulacija DA NE odgovorni: _____
Bolečinska stimulacija DA NE odgovorni: _____
Stimulacija vonja DA NE odgovorni: _____

VI. Timski sestanek

Poročanje vseh članov tima in dogovor ciljih in programu rehabilitacije

Zdravnik _____
Fizioterapija _____
Delovna terapija _____
Psiholog _____
Logoped _____
Socialni delavec _____
Diplomirana med sestra _____

Pripomočki : iz zaloge oddelka _____
_____ odgovorna DMS _____
predpis _____ odgovorni zdravnik _____

Cilji rehabilitacije

a) kratkoročni _____

b) srednjeročni _____

c) dolgoročni _____

Sestanek članov tima s starši: NE DA datum □□.□□.□□□□

Sestanek tima s šolo/vrtcem NE DA datum □□.□□.□□□□

Naslednji timski sestanek s poročili članov tima : datum □□.□□.□□□□

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

ZDRAVNIK						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Zdravnik					
	FIM					
P O S E B N E Z A D O L Ž I T V E						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

NEGOVALNO OSEBJE						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
K R A T K O R O Č N I C I L J I	Datum					
	Dipl.medicina sestra					
	FIM					
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

FIZIOTERAPEVT						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Fizioterapevt					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

DELOVNI TERAPEVT

		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Delovni terapevt					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

LOGOPED						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Logoped					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

PSIHOLOG						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
K R A T K O R O Č N I C I L J I	Datum					
	Psiholog					
	FIM					
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

SOCIALNI DELAVEC						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Socialni delavec					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

ODPUST

datum . .

Zaključni timski sestanek

datum . .

(7 – 10 dni predvidenim odpustom):

Stanje zavesti po lestvici PALLOC: 1 2 3 4 5 6 7 8 zdravnik – podpis _____

Zaključni FIM DA NE med tehnik – podpis _____ zdravnik – podpis _____

Zaključni PEDI (starši + zdravnik) DA NE zdravnik – podpis _____

Poročanje vseh članov tima o doseženih ciljih ter dogovor o nadaljnjih ciljih in programu rehabilitacije in predaja pisnih poročil

Zdravnik _____ podpis _____

Fizioterapija _____ DA NE podpis _____

Delovna terapija _____ DA NE podpis _____

Psiholog _____ DA NE podpis _____

Logoped _____ DA NE podpis _____

Socialni delavec _____ DA NE podpis _____

Diplomirana med sestra _____ DA NE podpis _____

Medicinski tehnik _____ DA NE podpis _____

Pripomočki : že predpisano _____

_____ zdravnik _____

predpisati _____

_____ zdravnik _____

Doseženi cilji rehabilitacije

Gibanje _____ DA NE

Skrb zase _____ DA NE

Govor _____ DA NE

Kognitivne sposobnosti _____ DA NE

Socialni odnosi _____ DA NE

Odgovorni vodja tima **Podpis** _____

Aktivnosti po odpustu – dogovorjeno ob odpustu

Po odpustu biva: Doma V ustanovi za posebne potrebe

Vključen v:

- vrtec prilagoditve DA NE
- šola – redna, nadaljuje redno prilagoditve DA NE
- šola – redna, nadaljuje z enoletnim zaostankom prilagoditve DA NE
- šola – prilagojen program
- usposabljanje
- nega

Sestanek članov tima s starši: NE DA datum

Sestanek tima s šolo/vrtcem NE DA datum

Na IRSR na terenu

Podajanje navodil spremljevalcu v vrtcu/šoli: NE DA

na IRSR na terenu datum

Podajanje navodil pedagogom v vrtcu/šoli: NE DA

na IRSR na terenu datum

Član tima določen za kontakte s šolo/vrtcem _____

Predlog za oceno na komisiji za razvrščanje DA NE

Naslednji pregled v ambulanti: datum

Naslednji sprejem: predviden datum

NI predviden – določanje po potrebi

Odpustnica

Datum _____

Odpustni zdravnik _____

Odpustna dipl med. sestra _____ Administrator _____

Odgovorni vodja tima _____