

KLINIČNA POT POTEKA MEDICINSKE REHABILITACIJE ZA BOLNIKE PO POŠKODBI ALI OBOLENJU HRBTENJAČE

Klinična pot je uradna zbirka podatkov o bolniku in njegovem zdravljenju oziroma rehabilitaciji pred in med njegovim bivanjem na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo (IRSR). Vsebuje navodila za postopke rehabilitacijske obravnave in prostor za beleženje poteka napredka v okviru predvidene sheme celostne obravnave bolnika na IRSR.

Namen klinične poti je učinkovito izvajanje rehabilitacijskih programov, povečati učinkovitost komunikacije med člani rehabilitacijskega tima, seznanjanje bolnika in svojcev in olajšati občasno potrebno interdisciplinarno obravnavo.

Klinično pot uporabljajo vsi člani rehabilitacijskega tima: zdravnik-specialist, dipl. fizioterapevti, dipl. delovni terapevti, dipl. medicinske sestre, zdravstveni tehniki, medicinske sestre, dipl. socialni delavci, dipl. psihologi, dipl. logopedi in po potrebi drugo osebje, ki je vključeno v obravnavo bolnika vsak dan, negovalno osebje pa v vsaki izmed dnevnih izmen.

Delo na klinični poti poteka:

- Ob začetku dela pregledamo klinično pot, ugotovimo, katere aktivnosti so predvidene za tekoči dan in izvedemo ustrezne ukrepe.
- Med delom izvajamo predvidene aktivnosti po shemah, zabeležimo rezultate, obveščamo bolnika in svojce o poteku zdravljenja ter beležimo morebitna odstopanja od klinične poti.
- Ob koncu dela pregledamo rezultate tekočega dne, jih zabeležimo na ustreznih mestih, pregledamo odstopanja ter nanje opozorimo osebje.

NAVODILA ZA UPORABO

Informacija o izpolnjevanju dokumentacije o klinični poti

Klinična pot predvideva multidisciplinarni plan oskrbe. Med zdravljenjem stalno spremlja bolnika. Praviloma je ob temperaturni listi. Vedno se izpolnjuje takoj po opravljeni aktivnosti. Natančno in dosledno jo izpolnjujejo vsi, ki sodelujejo v procesu rehabilitacije bolnika.

V okno da označite X, če je bila aktivnost izvedena in /ali je odgovor pritrdilen. Če se predvideni dogodek ni zgodil, se označi z X okno ob ne, okno ni potrebno pa se označi, če aktivnost ni bila potrebna ali ni bila predvidena.

Odstopanja /Opombe:

Gre za odstopanja od predvidenega poteka. Zabeleži se vsak dogodek ali posebnost, ki se pokaže med potekom. Velja tako za ponujene možnosti, kot za spremembe, ki niso natisnjene na klinični poti. Če je prišlo do odstopanja, to zabeležimo v protokolu in opišemo na listu opomb. Na list napišemo datum in uro in na kratko opišemo izvedeno aktivnost. Ob strani lista opomb se vedno podpišemo!

Klinična pot poteka medicinske rehabilitacije za bolnike po poškodbi ali obolenju hrbtenjače zajema štiri, medsebojno odvisne dogodke:

- I. Izbor bolnikov
- II. Sprejem
- III. Diagnostika in terapija
- IV. Odpust

KLINIČNA POT POTEKA MEDICINSKE REHABILITACIJE ZA PACIENTE PO POŠKODBI ALI OBOLENJU HRBTENJAČE

prostor za nalepko

I. IZBOR PACIENTOV

POSTOPEK	DATUM	ODSTOPANJA
Prejem predloga za sprejem <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	□□.□□.□□□□	
Ambulantni pregled <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	□□.□□.□□□□	
Trižna skupina ¹ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	□□.□□.□□□□	
Izbor pacienta za sprejem <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	□□.□□.□□□□	
Izolacija/poostrejeni higienski ukrepi <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
Vabilo za sprejem <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	□□.□□.□□□□	

¹Trižne skupine:

- 1 = prvi sprejem - poškodbe in začasne preместitve
- 2 = prvi sprejem - boleznj hrbtenjače
- 3 = nujni ponovni sprejem
- 4 = manj nujni ponovni sprejem
- 5 = program obnovitvene rehabilitacije

KLINIČNA POT POTEKA MEDICINSKE REHABILITACIJE ZA PACIENTE PO POŠKODBI ALI OBOLENJU HRBTENJAČE

prostor za nalepko

II. SPREJEM

Sprejemni administrator: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Odstopanja:
Ustreznost napotnice <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Veljavnost zdravstvenega zavarovanja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Omejitve zdravstvenega zavarovanja <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Velja do: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Izpisek izdanih MTP <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

PACIENTOV PROFIL

Sprejemna dipl. medicinska sestra: _____

Sprejem iz: druge bolnišnice doma DSO drugo _____

Arhitektonske ovire doma: da ne ni podatka

Svojci: _____

Telefon: _____

OCENA PACIENTOVEGA STANJA

Hoja: hodi brez pripomočkov s pomočjo bergle hodulja uporablja voziček ne hodi

Transfer: samostojen s pomočjo odvisen

Oblačenje: samostojen s pomočjo odvisen

Nega telesa: samostojen s pomočjo odvisen

Hrana/pijača: samostojen s pomočjo odvisen drugo _____

Izločanje urina: kontinenten inkontinenten SUK (od: _____) IK SK urinal plenice

Izločanje blata: kontinenten inkontinenten

Ovajala: da ne **Uporaba stranišča:** da ne **Pomoč:** da ne

Psihično stanje: orientiran delno orientiran zmeden

Sporazumevanje: dobro slabo **Spanje:** dobro potrebuje uspavala

Vid: normalen s pripomočki vidi slabo ne vidi

Sluh: normalen s pripomočki sliši slabše ne sliši

Koža: cela kožne spremembe rane

Prehrana: običajna mleta pasirana vegetarijanska drugo _____

Dieta: sladkorna želodčna hipolipidna antiurična drugo _____
Alergije: hrana zdravila drugo _____
Razvade: kajenje alkohol drugo _____

SEZNANITEV Z ODDELKOM
 splošna sestrška navodila zvonec telefon čas obiskov stranišče/kopalnica čas obrokov
 izhodi prepoved kajenja soglasje o obiskovalcih

Dragocenosti poslane: domov bolnišnični sef drugo _____
Medicinska dokumentacija: odpustnica izvidi RTG posnetki MR/CT drugo _____

ZDRAVSTVENO STANJE PACIENTA

Sprejemni zdravnik: _____ □□□□□		
	DIAGNOZE	ŠIFRA
Funkcionalna diagnoza		
Etiološka diagnoza		
Ostale diagnoze		

Datum nastanka poškodbe/okvare: □□.□□.□□□□
Vzrok okvare: poškodba bolezen Ocena ASIA: _____

Spremljajoče bolezni	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	zdravljenje potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	ŠIFRA

Zdravilo	Odmerek	Čas

SPLOŠNI STATUS
Orientacijski internistični status: v mejah normale odstopanja _____

Srce: kompenzirano sub/dekompenzirano motnje ritma srčni vsodbujevalnik
Dihanje: avtonomno asistirano
 normalno dispnoično poki in piski plevralno trenje
 endotrahealna kanila aspiracije potrebne
 vrsta _____ pogostost _____
 velikost _____
 zadnja menjava _____
 menjave na dni: _____

SENZIBILITETA IN KOŽA

Rahel dotik: primerna zaznava spodnja meja dermatoma _____
 delno zaznava spodnja meja dermatoma _____
 ne čuti zgornja meja dermatoma _____

Bolečina: primerna zaznava spodnja meja dermatoma _____
 delno zaznava spodnja meja dermatoma _____
 ne čuti zgornja meja dermatoma _____

Statično ravnotežje: ohranjeno moteno

Dinamično ravnotežje: ohranjeno moteno

Kožni pokrov: zaceljen dekubitus mesto: _____ stopnja: _____ velikost: _____ cm
 mesto: _____ stopnja: _____ velikost: _____ cm
 mesto: _____ stopnja: _____ velikost: _____ cm
 mesto: _____ stopnja: _____ velikost: _____ cm
 mesto: _____ stopnja: _____ velikost: _____ cm

Postoperativne brazgotine: zaceljene dehiscenca hiperkeratoza

ZGORNJI UDI

RAMA LEVO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

RAMA DESNO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KOMOLEC LEVO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Bicepsov refleks: ne da ojačan močno ojačan

Tricepsov refleks: ne da ojačan močno ojačan

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KOMOLEC DESNO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Bicepsov refleks: ne da ojačan močno ojačan

Tricepsov refleks: ne da ojačan močno ojačan

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ZAPESTJE LEVO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Stiloradialni refleksi: ne da ojačan močno ojačan

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ZAPESTJE DESNO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Stiloradialni refleksi: ne da ojačan močno ojačan

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PRSTI LEVO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Patološki refleksi: da ne

Propriocepcija: da delno ne

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PRSTI DESNO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus: znižan zvišan močno zvišan

Patološki refleksi: da ne

Propriocepcija: da delno ne

Bolečina: ne da VAS: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SPODNJI UDI

KOLK LEVO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

KOLK DESNO

Aktivna gibljivost: popolna delna ni

Pasivna gibljivost: popolna delna ni

Mišični tonus:	<input type="checkbox"/> znižan <input type="checkbox"/> zvišan <input type="checkbox"/> močno zvišan	<input type="checkbox"/> znižan <input type="checkbox"/> zvišan <input type="checkbox"/> močno zvišan
Bolečina:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
KOLENO LEVO		KOLENO DESNO
Aktivna gibljivost:	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni
Pasivna gibljivost:	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni
Mišični tonus:	<input type="checkbox"/> znižan <input type="checkbox"/> zvišan <input type="checkbox"/> močno zvišan	<input type="checkbox"/> znižan <input type="checkbox"/> zvišan <input type="checkbox"/> močno zvišan
Patelarni refleksi:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ojačan <input type="checkbox"/> močno ojačan	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ojačan <input type="checkbox"/> močno ojačan
Patelarni klonus:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> hitroizčrpljiv <input type="checkbox"/> neizčrpljiv	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> hitroizčrpljiv <input type="checkbox"/> neizčrpljiv
Propriocepcija:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> delno <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> delno <input type="checkbox"/> ne
Bolečina:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
GLEŽENJ LEVO		GLEŽENJ DESNO
Aktivna gibljivost:	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni
Pasivna gibljivost:	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni	<input type="checkbox"/> popolna <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni
Mišični tonus:	<input type="checkbox"/> znižan <input type="checkbox"/> zvišan <input type="checkbox"/> močno zvišan	<input type="checkbox"/> znižan <input type="checkbox"/> zvišan <input type="checkbox"/> močno zvišan
Ahillovi refleksi:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ojačan <input type="checkbox"/> močno ojačan	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ojačan <input type="checkbox"/> močno ojačan
Stopalni klonus:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> hitroizčrpljiv <input type="checkbox"/> neizčrpljiv	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> hitroizčrpljiv <input type="checkbox"/> neizčrpljiv
Babinski v ekstenziji:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Propriocepcija:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> delno <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> delno <input type="checkbox"/> ne
Bolečina:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

REHABILITACIJSKI PROGRAM:
<input type="checkbox"/> FTH <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> RFTH <input type="checkbox"/> socialna obravnava <input type="checkbox"/> psihološka obravnava <input type="checkbox"/> oprema s pripomočki <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> drugo
PREGLEDI IN PREISKAVE:
<input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Urolog <input type="checkbox"/> Nevrolog <input type="checkbox"/> Travmatolog <input type="checkbox"/> Spec.ORL <input type="checkbox"/> Onkolog <input type="checkbox"/> Ortoped <input type="checkbox"/> drugo
<input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> MEP <input type="checkbox"/> Urodinamika <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> MR/CT <input type="checkbox"/> scintigrafija <input type="checkbox"/> UZ
<input type="checkbox"/> Laboratorij _____ <input type="checkbox"/> drugo _____

FIZIOTERAPIJA	
Odgovorni dipl.fizioterapevt: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Odstopanja:
1. DAN <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor z bolnikom <input type="checkbox"/> Ocena funkcionalnega stanja pacienta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mobilnost <input type="checkbox"/> pasivna gibljivost <input type="checkbox"/> aktivna gibljivost <input type="checkbox"/> lokomocija: <input type="checkbox"/> voziček <input type="checkbox"/> hoja <input type="checkbox"/> rane <input type="checkbox"/> bolečine <input type="checkbox"/> ocena FIM <input type="checkbox"/> Opredelitev problemov in ciljev v terapiji <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	

DELOVNA TERAPIJA	
Odgovorni dipl.delovni terapevt: _____ □□□□□	Odstopanja:
1. DAN <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor z bolnikom <input type="checkbox"/> Ocena funkcionalnega stanja pacienta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ocena FIM <input type="checkbox"/> oddelčni DT test <input type="checkbox"/> COPM <input type="checkbox"/> OSA <input type="checkbox"/> drugi _____ <input type="checkbox"/> Izdelava delovnoterapevtskega programa <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	

DRUGO	
Odgovorni terapevt: _____ □□□□□	Odstopanja:
1. DAN <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor z bolnikom <input type="checkbox"/> Ocena funkcionalnega stanja pacienta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Opredelitev ciljev v terapiji <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	

DRUGO	
Odgovorni terapevt: _____ □□□□□	Odstopanja:
1. DAN <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor z bolnikom <input type="checkbox"/> Ocena funkcionalnega stanja pacienta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Opredelitev ciljev v terapiji <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	

III. DIAGNOSTIKA IN TERAPIJA

DAN: □□□□

DNEVNO SPREMLJANJE PACIENTA

DATUM: □□.□□.□□□□

ZDRAVNIK: _____ □□□□□ Jutranja vizita: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Sprememba terapije: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Spremembe funkcionalnega stanja: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Bolečina: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da VAS: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Diagnostika: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da _____ Preiskave: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da _____ Intervencije: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da _____ Razgovor z bolnikom: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da _____ Razgovor s svojci: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da _____	Odstopanja:
---	--

DIPL.MEDICINSKA SESTRA: _____ □□□□□ Kateterizacija: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldne <input type="checkbox"/> popoldne <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ponoči Meritev RR: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldne <input type="checkbox"/> popoldne <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ponoči Parenteralna terapija: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldne <input type="checkbox"/> popoldne <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ponoči Preveze ran: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da ____ x dnevno Uskladitev urnika programov: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da Kategorizacija pacienta: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	Odstopanja:
---	--

NEGOVALNO OSEBJE: dopoldne: _____ □□□□□ popoldne: _____ □□□□□ nočni: _____ □□□□□ Nadzor pacienta: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Oblačenje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Osebna higiena: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Hranjenje: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> zajtrk <input type="checkbox"/> dop.malica <input type="checkbox"/> kosilo <input type="checkbox"/> pop.malica <input type="checkbox"/> večerja Zdravila: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldne <input type="checkbox"/> popoldne <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ponoči Odvajanje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Kopanje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Transport na terapijo/diagnostiko: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Počitek po kosilu: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Ocena FIM: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	Odstopanja:
---	--

FIZIOTERAPIJA				Odstopanja:	
Odgovorni dipl.fizioterapevt:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Uskladitev urnika programov:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Spremembe v funkcionalnem stanju pacienta:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Spremembe v terapevtskih postopkih:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Dodaten program:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Izvedba rednega programa:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
Program za izboljšanje mobilnosti:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Učenje mobilnosti:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Vertikalizacija:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Program za izboljšanje lokomocije:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
(hoja, vožnja z vozičkom)					
Program za zmanjšanje bolečin:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Timska vizita:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
Predlog za predpis pripomočka:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		

DELOVNA TERAPIJA				Odstopanja:	
Odgovorni dipl.delovni terapevt:	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Uskladitev urnika programov:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Spremembe v funkcionalnem stanju pacienta:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Spremembe v terapevtskih postopkih:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Dodaten program:	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Izvedba rednega programa:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			
Namenske funkcionalne aktivnosti:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Dnevne aktivnosti:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Testiranje pripomočkov:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Izdelava pripomočkov:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Svetovanje pacientu in svojcem:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Gospodinjske aktivnosti:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Programi resocializacije:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Ostalo:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni potrebno		
Timska vizita:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne			

DELOVNA TERAPIJA – MESEČNO PREVERJANJE DOSEŽENIH AKTIVNOSTI							
(vpišemo datum dosežene aktivnosti)							
	<i>1.mesec</i>	<i>2.mesec</i>	<i>3.mesec</i>	<i>4.mesec</i>	<i>5.mesec</i>	<i>6.mesec</i>	<i>7.mesec</i>
FUKCIONALNE AKTIVNOSTI							
DNEVNE AKTIVNOSTI							
• hranjenje							
• transfer na posteljo							
• transfer na iv							
• transfer na WC							
• transfer							
• oblačenje							
• slačenje							
• obuvanje							
• sezuvanje							
• pisanje							
• tipkanje							
•							
• PRIPOMOČKI							
• predlog testa iv + blazina							
• faza testiranja							
• test iv + blazine							
• oddaja dokumentacije							
• prevzem iv							
• prevzem blazine							
• predlog testa pripomočkov							
• testirani pripomočki							
• toaletni stol							
• kopalnično dvigalo							
• povišica za WC							
• sedež za kopalno kad							
• prostostoječi trapez							
• negovalna postelja							
• sobno dvigalo							
• rokavice za vožnjo iv							
• ostalo							
• IZDELAVA LONGET IN DOP							
• žlica							
• vilica							
• za tipkanje							
• za pisanje							
•							
•							
•							
SVETOVANJE PACIENTU IN SVOJCEM							
GOSPODINJSKE AKTIVNOSTI							
RESOCIALIZACIJSKE AKTIVNOSTI							
OSTALO							

PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA	
Odgovorni dipl. psiholog: _____ □□□□□	Odstopanja:
A. 1. DAN (sprejem)	
<p>a) <input type="checkbox"/> Sprejemni uvodni razgovor s pacientom</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Razgovor s svojci/spremljevalci</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Posvet/dogovor z drugimi člani tima</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Prva ocena miselnega in čustveno vedenjskega vzorca</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Pričakovanja glede obnove zdravja/rehabilitacijskega rezultata</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Pričakovanja glede lastne učinkovitosti</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Izoblikovanje osebnega načrta</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Usmeritev mišljenja v zvezi s prizadetostjo</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Umestitev nadzora</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Čustvovanje</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Pripravljenost na prilagoditvene naloge</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Prevladujoči slog obvladovanja</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Strategije obvladovanja</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Obrambni mehanizmi</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ocena stopnje psihološke in življenjske oviranosti</p> <p>b) <input type="checkbox"/> Opredelitev namena/cilja obravnave</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Svetovalna pomoč pri sprejemanju izkušnje prizadetosti</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pomoč pri reševanju stvarnih vprašanj v zvezi s to izkušnjo</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Urejanje partnerskih in medosebnih/družinskih odnosov</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Svetovanje za šolsko/poklicno/zaposlitveno preusmeritev</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Drugo: _____</p> <p>c) <input type="checkbox"/> Izbor programa psihološke pomoči</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> I. program intenzivnega svetovanja</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> II. program spremljanja zdravstvene rehabilitacije</p>	
B. 2 - 7. DAN	
<input type="checkbox"/> Dopolnjevanje diagnostičnih podatkov <input type="checkbox"/> Vzpostavljane terapevtskega odnosa s pacientom <input type="checkbox"/> Dogovor o sodelovanju <input type="checkbox"/> Posredovanje psiholoških informacij članom tima	
C. NADALJNI DNEVI DO ZAKLJUČKA OBRAVNAVE	
<input type="checkbox"/> Informativno srečanje z oddelčno medicinsko sestro in terapevti <input type="checkbox"/> Informativno-suportivni razgovor s pacienti na oddelku <input type="checkbox"/> Opazovanje vedenja in kratke usmerjene intervencije v DT in FTH <input type="checkbox"/> Individualna obravnava po urniku	
D. ZAKLJUČEK OBRAVNAVE (zadnji teden)	
Zaključni razgovor s pacientom <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Razgovor, nasvet in priporočila svojcem <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Izdelava zaključnega izvida in mnenja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

SOCIALNA OBRAVNAVA	
Odgovorni dipl.socialni delavec: _____ □□□□□	Odstopanja:
<input type="checkbox"/> Sprejem pacienta v socialno obravnavo <input type="checkbox"/> Pogovor s pacientom <input type="checkbox"/> Socialna anamneza <input type="checkbox"/> Pogovor s svojci <input type="checkbox"/> Timski sestanek <input type="checkbox"/> Opredelitev problema in izbira strategije dela <input type="checkbox"/> Podajanje informacij pacientu, svojcem in članom tima <input type="checkbox"/> Sodelovanje s strokovnimi službami in institucijami na terenu <input type="checkbox"/> Pisanje socialnih ugotovitev, zaznamkov, obvestil <input type="checkbox"/> Reševanje problema <input type="checkbox"/> Aktivnosti v zvezi z odpustom pacienta	

IV. ODPUST

<p>ODPUSTNI DIPL.FIZIOTERAPEVT: _____ □□□□□</p> <p><input type="checkbox"/> Pregled fizioterapevtske dokumentacije</p> <p><input type="checkbox"/> Ocena pacientovega stanja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mobilnost <input type="checkbox"/> Pasivna gibljivost <input type="checkbox"/> Aktivna gibljivost <input type="checkbox"/> Lokomocija <input type="checkbox"/> Bolečine <input type="checkbox"/> FIM <p><input type="checkbox"/> Pogovor s pacientom o zaključeni oceni testiranja</p> <p><input type="checkbox"/> Pisanje zaključnega poročila</p> <p><input type="checkbox"/> Seznanitev svojcev s programom</p>	<p>Odstopanja:</p>
<p>ODPUSTNI DIPL.DELOVNI TERAPEVT: _____ □□□□□</p> <p><input type="checkbox"/> Ocena funkcionalnega stanja pacienta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> Oddelčni DT test <input type="checkbox"/> COPM <input type="checkbox"/> OSA <input type="checkbox"/> drugi _____ <p><input type="checkbox"/> Izdelava in oddaja zaključnega poročila</p> <p><input type="checkbox"/> Seznanitev svojcev s programom</p>	<p>Odstopanja:</p>
<p>ODPUSTNI ZDRAVNIK: _____ □□□□□</p> <p>Predlog za zaključek rehabilitacije: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Datum: □□.□□.□□□□</p> <p>Predvideni datuma odpusta: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Datum: □□.□□.□□□□</p> <p>Odpust bolnika v znano okolje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Pacient seznanjen z datumom odpusta: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Svojci seznanjeni z datumom odpusta: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Obravnava v CPR: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Predlog za IK: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Predlog za dodatek za pomoč: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Predlog za oceno telesne okvare: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zaključno poročilo DMS: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zaključno poročilo FTH: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zaključno poročilo DT: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zaključno poročilo psiholog: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zaključno poročilo soc. delavec: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Odpustnica izpisana: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Ocena FIM potrjena: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p>	<p>Odstopanja:</p>

<p>ODPUSTNA DIPL.MEDICINSKA SESTRA: _____ <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>Odpuščen v/na: _____</p> <p>Z odpustom seznanjeni: <input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> patronaža <input type="checkbox"/> center za socialno delo <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Način prevoza: <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> rešev. vozilo <input type="checkbox"/> drugo</p> <p>Demonstracija programa: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zaključen FIM: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Naročilnice za MTP: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Recepti za zdravila: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Zdravila: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Vrednosti vrnjene: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Odpustnica izdana: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Medicinska dokumentacija vrnjena: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>RTG/MR/CT slike vrnjene: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Anketni list predan: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno</p> <p>Dejanski datum odpusta: <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>.<input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>Odstopanja:</p>
--	---------------------------