

KLINIČNA POT BOLNIKA NA REHABILITACIJI PO MOŽGANSKI KAPI

Klinična pot je uradna zbirka podatkov o bolniku in njegovem zdravljenju oz. rehabilitaciji pred in med njegovim bivanjem na IRSR. Vsebuje navodila za postopke rehabilitacijske obravnave in prostor za beleženje poteka in napredka v okviru predvidene sheme celostne obravnave bolnika na inštitutu.

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

Klinično pot uporabljajo: vsi člani rehabilitacijskega tima: zdravniki, fizioterapevti, delovni terapevt, dilp. medicinska sestra, zdravstveni tehnik, medicinska sestra, socialna delavka, psiholog, logoped in po potrebi drugo osebje, ki je vključeno v obravnavo bolnika – vsak dan, negovalni tim v vsaki izmeni.

Delo na klinični poti:

ob začetku dela pregledamo pot, ugotovimo, katere aktivnosti so predvidene za tekoči dan, ugotovimo morebitna odstopanja in izvedeno ustrezne ukrepe;
med delom izvajamo predvidene aktivnosti po shemah, zabeležimo rezultate, obveščamo bolnika in svojce o poteku zdravljenja;
ob koncu dela pregledamo rezultate tekočega dne, jih zabeležimo na ustreznih mestih, ugotavljamo odstopanja.

NAVODILA ZA UPORABO

Informacija o izpolnjevanju dokumentacije o klinični poti

Klinična pot predvideva multidisciplinarni plan oskrbe. Med zdravljenjem stalno spremlja bolnika. Pravilo 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 označite z X, če je bila aktivnost izvedena in/ali je odgovor pritrdilen. Če se predvideni dogodek ni zgodil se označi z X ob Ne .

Odstopanje/Opombe:

gre za odstopanje 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 listi napišemo datum in uro in na kratko opišemo izvedeno aktivnosti. Ob strani lista opomb se vedno podpišemo!

Bolnikov profil – izpolni sestra 1.dan

Živi z _____

v hiši/stanovanju brez arhitek.barier hiši/stanovanju z arhitek.barier. DSOPrišel od doma iz druge bolnice DSO s spremstvom _____ brez

Obvestiti _____ tel. _____

OCENA BOLNIKOVEGA STANJA**Hoja:** brez pripomočka palica bergle hodulja voziček ne hodi**Transfer:** samostojen s pomočjo odvisen**Oblačenje:** samostojen delno nesamostojen**Nega telesa:** samostojen delno nesamostojen**Hrana/pijača:** samostojen pomoč odvisen težave s požiranjem sonda**Urin:** kontinenten inkontinenten kateter – zadnja menjava _____**Blato:** kontinenten inkontinenten potrebuje odvajalo zadnje odvajanje način odvajanja _____ uporaba stranišča s pomočjo ne**Psih.stanje:** orientiran delno zmeden**Sporazumevanje:** dobro slabo ni možno**Spanje:** normalno z uspavali _____**Koža:** cela kožne spremembe _____ dekubitus _____**Vid:** normalno s pripomočki slabo vidi ne vidi**Sluh:** normalno s pripomočki slabo sliši ne slišiOd MTP ima bergla hodulja voziček postelja drugo _____

Alergije na zdravila _____ hrana _____ ostalo _____

Razvade kajenje da ne alkohol da ne drugo _____Dieta sladkorna hipolipidna želodčna antiurična drugo _____**Seznanjen je z oddelkom** splošna sestrsko navodila zvonec telefon čas obiskov stranišče/kopalnica čas obrokov izhodi prepoved kajenja soglasje o obiskovalcihDragocenosti poslane domov bolnišnični sef drugače _____Izvidi odpustnica z NK CT/MRI slike ostalo _____

Bolnikovo zdravstveno stanje – izpolni zdravnik 1.dan
 ishem.CVI HIC SAK drugo _____

Področje kapi (CT/MRI) _____

Spremljajoče bolezni

Bolezni srca	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Hipertenzija	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Pljučne bolezni	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Sladkorna bolezen	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Bolezni želodca	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Bolezni ledvic	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Anemija/hemat.bol.	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Rak	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Depresija	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Artroza	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost
Bolečina v križu	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> potrebno zdravljenje	<input type="checkbox"/> omejuje bolnikovo aktivnost

zdravilo		odmerek

Status

Bulbomorika	<input type="checkbox"/> primerna	<input type="checkbox"/> težave	Vidno polje	<input type="checkbox"/> normalno	<input type="checkbox"/> zoženo
Zenične reakcije	direktna osvetlitev	levo <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	desno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
	indirektna osvetlitev	levo <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	desno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		
pareza facialisa	<input type="checkbox"/> izrazita	<input type="checkbox"/> zmerna	<input type="checkbox"/> ne		
nebni refleksi	<input type="checkbox"/> izziven	<input type="checkbox"/> neizziven	žrelni refleksi	<input type="checkbox"/> izziven	<input type="checkbox"/> neizziven
izplazenje jezika	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nepopolno	<input type="checkbox"/> ne		

Prizadeti zgornji ud

rama	aktivna gibljivost	<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
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan
	bolečina	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
komolec	aktivna gibljivost	<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
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan

zapestje	bolečina	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ocena po VAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	aktivna gibljivost	<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										
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan										
prsti	bolečina	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ocena po VAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	aktivna gibljivost	<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										
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan										
Prizadeti spodnji ud														
kolk	aktivna gibljivost	<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										
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan										
	bolečina	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ocena po VAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
koleno	aktivna gibljivost	<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										
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan										
	bolečina	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ocena po VAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gleženj	aktivna gibljivost	<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										
	mišični tonus	<input type="checkbox"/> znižan	<input type="checkbox"/> zmerno zvišan	<input type="checkbox"/> močno zvišan										
	bolečina	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ocena po VAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ocena senzibilitete														
rahel dotik	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> delno	<input type="checkbox"/> ne	temperatura	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> delno	<input type="checkbox"/> ne							
bolečina	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> delno	<input type="checkbox"/> ne	propriocepcija	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> delno	<input type="checkbox"/> ne							
ravnotežje	Statično	<input type="checkbox"/> ohranjeno	<input type="checkbox"/> moteno	Dinamično	<input type="checkbox"/> ohranjeno	<input type="checkbox"/> moteno								
Internistični status:	<input type="checkbox"/> v mejah normalnega		<input type="checkbox"/> odstopanja _____											
Planirani pregledi:														
internist		<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	laboratorij		<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne							
nevrolog		<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	drugo _____										
Rehabilitacijski program														
<input type="checkbox"/> FTH		<input type="checkbox"/> DT		<input type="checkbox"/> socialna obravnava			<input type="checkbox"/> psihološka obravnava							
<input type="checkbox"/> logopediska obravnava		<input type="checkbox"/> skupinska terapija										<input type="checkbox"/> drugo _____		
Seznanitev pacienta s potekom in cilji rehabilitacije														
Soglasje k poteku in ciljem rehabilitacije		<input type="checkbox"/> podpisano		<input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> bolnik ne sodeluje								
						<input type="checkbox"/> podpisali svojci/skrbnik								
Fizioterapija	obveščeni o sprejemu, dobi urnik			<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne									
Delovna terapija	obveščeni o sprejemu, dobi urnik			<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne									
Socialna delavka	obveščena o sprejemu, dobi urnik			<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne									
Psihologinja	obveščena o sprejemu, dobi urnik			<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne									
Logopedinja	obveščena o sprejemu, dobi urnik			<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne									

	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	

Fizioterapija Fizioterapevtski status in ocena funkcijskega stanja (modificirani test po Rossu – v prilogi) <input type="checkbox"/> opravljeno <input type="checkbox"/> ne Pripravljen pran obravnave: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
--

Delovna terapija Ocena funkcijskega stanja <input type="checkbox"/> test DA <input type="checkbox"/> ocena senzomotorike <input type="checkbox"/> AMPS <input type="checkbox"/> COPM <input type="checkbox"/> drugo _____ Pripravljen pran obravnave: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
--

Socialna delavka Socialna anamneza/heteroanamneza <input type="checkbox"/> opravljena <input type="checkbox"/> ne Načrt socialne pomoči: <input type="checkbox"/> izdelan <input type="checkbox"/> ni potreben

Logopedinja Ocena govorno jezikovnih motenj <input type="checkbox"/> opravljeno <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> delno <input type="checkbox"/> ni izvedljivo Načrt logopedске obravnave: <input type="checkbox"/> izdelan <input type="checkbox"/> ni potrebno urnik _____
--

Psihologinja Ocena psihičnega stanja <input type="checkbox"/> opravljeno <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> delno <input type="checkbox"/> ni izvedljivo Načrt psihološke obravnave: <input type="checkbox"/> izdelan <input type="checkbox"/> ni potrebno urnik _____

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Socialna delavka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Logopedinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Psihologinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

2. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> Reed NMS <input type="checkbox"/> trening vzdržljivosti <input type="checkbox"/> trening koordinacije <input type="checkbox"/> vaje za krepitev mišic <input type="checkbox"/> kardiovaskularni trening <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> učenje nameščanja pripomočka <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija <input type="checkbox"/> trening na mehanskih napravah <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo,steper,trak) <input type="checkbox"/> skupinske vaje <input type="checkbox"/> Halliwick <input type="checkbox"/> test MTP	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjske aktivnosti <input type="checkbox"/> vaje za funkcijo zg.uda <input type="checkbox"/> vaje za koordinacijo in spretnost <input type="checkbox"/> vaje za moč <input type="checkbox"/> vaje za sensoriko <input type="checkbox"/> aplikacija opornic za zg.ud <input type="checkbox"/> izdelava opornice za roko <input type="checkbox"/> kognitivni trening <input type="checkbox"/> test i.v. <input type="checkbox"/> test pripomočkov za DA <input type="checkbox"/> svetovanje preureditve pac.doma <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	
Logopedinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> izvajanje tehnik za izboljšanje govorno jezikovnih sposobnosti <input type="checkbox"/> uvajanje strategij za izboljšanje sporazumevanja <input type="checkbox"/> pomoč pri obvladovanju motenj požiranja	

Psihologinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> suportivna psihoterapija <input type="checkbox"/> psihološka diagnostika <input type="checkbox"/> kognitivna rehabilitacija	
--	--

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Logopedinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Psihologinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

3. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> Reed NMS <input type="checkbox"/> trening vzdržljivosti <input type="checkbox"/> trening koordinacije <input type="checkbox"/> vaje za krepitev mišic <input type="checkbox"/> kardiovaskularni trening <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> učenje nameščanja pripomočka <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija <input type="checkbox"/> trening na mehanskih napravah <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, stepper, trak) <input type="checkbox"/> skupinske vaje <input type="checkbox"/> Halliwick <input type="checkbox"/> test MTP	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinske aktivnosti <input type="checkbox"/> vaje za funkcijo zg. uda <input type="checkbox"/> vaje za koordinacijo in spretnost <input type="checkbox"/> vaje za moč <input type="checkbox"/> vaje za senzoriko <input type="checkbox"/> aplikacija opornic za zg. ud <input type="checkbox"/> izdelava opornice za roko <input type="checkbox"/> kognitivni trening <input type="checkbox"/> test i.v. <input type="checkbox"/> test pripomočkov za DA <input type="checkbox"/> svetovanje preureditve pac. doma <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	
Logopedinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> izvajanje tehnik za izboljšanje govorno jezikovnih sposobnosti <input type="checkbox"/> uvajanje strategij za izboljšanje sporazumevanja <input type="checkbox"/> pomoč pri obvladovanju motenj požiranja	

Psihologinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> suportivna psihoterapija <input type="checkbox"/> psihološka diagnostika <input type="checkbox"/> kognitivna rehabilitacija	
--	--

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Logopedinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Psihologinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

4. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Timska vizita... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje <input type="checkbox"/> FIM	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> Reed NMS <input type="checkbox"/> trening vzdržljivosti <input type="checkbox"/> trening koordinacije <input type="checkbox"/> vaje za krepitev mišic <input type="checkbox"/> kardiovaskularni trening <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> učenje nameščanja pripomočka <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija <input type="checkbox"/> trening na mehanskih napravah <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo,steper,trak) <input type="checkbox"/> skupinske vaje <input type="checkbox"/> Halliwick <input type="checkbox"/> test MTP	
Timska vizita... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje <input type="checkbox"/> FIM	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinske aktivnosti <input type="checkbox"/> vaje za funkcijo zg.uda <input type="checkbox"/> vaje za koordinacijo in spretnost <input type="checkbox"/> vaje za moč <input type="checkbox"/> vaje za sensoriko <input type="checkbox"/> aplikacija opornic za zg.ud <input type="checkbox"/> izdelava opornice za roko <input type="checkbox"/> kognitivni trening <input type="checkbox"/> test i.v. <input type="checkbox"/> test pripomočkov za DA <input type="checkbox"/> svetovanje preureditve pac.doma <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	
Timska vizita... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje <input type="checkbox"/> FIM	

Logopedinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> izvajanje tehnik za izboljšanje govorno jezikovnih sposobnosti <input type="checkbox"/> uvajanje strategij za izboljšanje sporazumevanja <input type="checkbox"/> pomoč pri obvladovanju motenj požiranja	
Timska vizita... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje	
Psihologinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> suportivna psihoterapija <input type="checkbox"/> psihološka diagnostika <input type="checkbox"/> kognitivna rehabilitacija	
Timska vizita... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Logopedinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Psihologinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

5. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Vikendska odsotnost <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Priprava <input type="checkbox"/> zdravil <input type="checkbox"/> sanitetnega materiala <input type="checkbox"/> podpis formularja	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> Reed NMS <input type="checkbox"/> trening vzdržljivosti <input type="checkbox"/> trening koordinacije <input type="checkbox"/> vaje za krepitev mišic <input type="checkbox"/> kardiovaskularni trening <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> učenje nameščanja pripomočka <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija <input type="checkbox"/> trening na mehanskih napravah <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo,steper,trak) <input type="checkbox"/> skupinske vaje <input type="checkbox"/> Halliwick <input type="checkbox"/> test MTP	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinske aktivnosti <input type="checkbox"/> vaje za funkcijo zg.uda <input type="checkbox"/> vaje za koordinacijo in spretnost <input type="checkbox"/> vaje za moč <input type="checkbox"/> vaje za senzoriko <input type="checkbox"/> aplikacija opornic za zg.ud <input type="checkbox"/> izdelava opornice za roko <input type="checkbox"/> kognitivni trening <input type="checkbox"/> test i.v. <input type="checkbox"/> test pripomočkov za DA <input type="checkbox"/> svetovanje preureditve pac.doma <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	

Logopedinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> izvajanje tehnik za izboljšanje govorno jezikovnih sposobnosti <input type="checkbox"/> uvajanje strategij za izboljšanje sporazumevanja <input type="checkbox"/> pomoč pri obvladovanju motenj požiranja <input type="checkbox"/> pomoč pri obvladovanju motenj požiranja	
Psihologinja <input type="checkbox"/> terapija ni predvidena <input type="checkbox"/> ni izvedljiva <input type="checkbox"/> suportivna psihoterapija <input type="checkbox"/> psihološka diagnostika <input type="checkbox"/> kognitivna rehabilitacija	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Logopedinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Psihologinja		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

6. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

7. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi ' per os ' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč <input type="checkbox"/> NGS bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

Funkcijsko stanje ob odpustu

- Psih.stanje:** orientiran delno zmeden
- Sporazumevanje:** dobro slabo ni možno
- Hrana/pijača:** samostojen pomoč odvisen težave s požiranjem sonda
- Urin:** kontinenten inkontinenten kateter – zadnja menjava _____
- Blato:** kontinenten inkontinenten potrebuje odvajalo
 zadnje odvajanje način odvajanja _____
 uporaba stranišča s pomočjo ne
- Spanje:** normalno z uspavali _____
- Koža:** cela kožne spremembe _____
 dekubitus _____
- Nega telesa:** samostojen delno nesamostojen
- Oblačenje:** samostojen delno nesamostojen
- Transfer:** samostojen s pomočjo odvisen
- Hoja:** brez pripomočka palica bergle hodulja voziček ne hodi

Odpustni plan

- Informiranje pacienta in svojcev o datumu odpusta da ne _____
- Predviden naslov odpusta _____
- Način prevoza osebni avto rešilec drugo _____
- Z odpustom seznanjeni svojci patronaža center za socialno delo ni potrebno
- Predstavitev timu CPR da ni potrebno drugo _____
- Predlog za IK (inv.up./dodatki) da ne ni potrebno _____
- Demonstracija programa
- v FTH ni potrebno da – dan _____ Podpis: _____
- v DT ni potrebno da – dan _____ Podpis: _____
- logopedinja ni potrebno da – dan _____ Podpis: _____
- psihologinja ni potrebno da – dan _____ Podpis: _____
- Odpustno poročilo FTH da ne Podpis: _____
- Odpustno poročilo DT da ne Podpis: _____
- Odpustno poročilo logopedinja da ne ni potrebno Podpis: _____
- Odpustno poročilo psihologinja da ne ni potrebno Podpis: _____
- Odpustno pismo da ne Podpis: _____
- Zdravila ob odpustu recept da ne ni potrebno
- prejel tablete da ne
- navodila da ne Opombe _____
- Dragocenosti vrnjene da ne _____
- Rtg slike vrnjene da ne _____
- Odpustna sestra: _____