

KLINIČNA POT (BOL KP 75 01)
TRAJNO ZDRAVLJENJE S KISIKOM NA DOMU
(TZKD)

PODATKI PACIENTA :

Priimek in ime: _____

Datum rojstva: _____

Oddelek _____

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

Obkroži ustrezen odgovor!

Krepko izpisan odgovor NE zahteva obrazložitev v tabeli odmiki!

ODMIKI

datum		inicialka

SOGLASJE PACIENTA ZA NAJEM APARATA

Zdravnik, ki je predpisal zdravljenje s kisikom: _____

Podpis zdravnika: _____

NAJEM APARATA

- Odločitev pacienta o viru kisika : _____

- Dobavitelj obveščen: DA NE

- Kateri dobavitelj: _____

- Datum dobave: _____

Datum in podpis pacienta/ skrbnika:
