

**KLINIČNA POT (BOL KP 75 03)**  
**AKUTNO POSLABŠANJE BOLNIKOVEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA**  
**NA ODDELKU NAO**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Rojstni podatki: \_\_\_\_\_

Datum akutnega zapleta: \_\_\_\_\_

Datum premestitve iz oddelka: \_\_\_\_\_

Premestitev iz oddelka \_\_\_\_\_ trajanje predvidene obravnave \_\_\_\_\_

Sobni/lečeči zdravnik: \_\_\_\_\_

Razlog za akutno obravnavo: \_\_\_\_\_

Izvajalec KP	AKTIVNOST	DA	NE	INIC
<i>MS</i>	Poslabšanje zdravstvenega stanja je nastalo v rednem delovnem času			
<i>MS</i>	Obvestilo o poslabšanju zdravstvenega stanja posredovano dežurnemu zdravniku, neposredno/telefonsko (podčrtaj)			
<i>MS</i>	Obvestilo o poslabšanju zdravstvenega stanja posredovano dežurni medicinski sestri			
<b>ZDRAVNIK</b>	Poslabšanje zdravstvenega stanja ugotovljeno ob rednem obisku zdravnika			
<i>MS</i>	Zaradi akutnega poslabšanja so bili izvedeni osnovni diagnostični postopki			
<i>MS</i>	Zaradi akutnega poslabšanja so bili izvedeni zahtevnejši diagnostični postopki			
<i>MS</i>	Bolnik je bil premeščen v akutno obravnavo v času 8 ur od poslabšanja			
<i>MS</i>	Zaključno poročilo posredovano ob premestitvi vodji negovalnega tima na bolnišnični oddelek - Ime in priimek MS _____			