

## PREDLOG ZA NAMESTITEV BOLNIKA NA NEAKUTNO BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE (NBO) V BOLNIŠNICO TOPOLŠICA

BOLNIŠNICA: \_\_\_\_\_

ODDELEK: \_\_\_\_\_

### **1. PODATKI O BOLNIKU:**

PRIIMEK IN IME BOLNIKA: \_\_\_\_\_

NASLOV: \_\_\_\_\_

DATUM ROJSTVA: \_\_\_\_\_

### **MEDICINSKE DIAGNOZE:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### **KRATEK OPIS POTEKA BOLEZNI**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **TERAPIJA, KI JO BOLNIK PREJEMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **BRIS NA MRSA in ESBL**

Datum izvida: \_\_\_\_\_

Negativen

Pozitiven (ESBL)       koža  žrelo     nos     rektum

Pozitiven (MRSA)     koža  žrelo     nos     rektum

Ali je akutna zdravstvena obravnava zaključena?

DA    NE

Ali je zdravstveno stanje stabilno?

DA    NE

### **2. KRITERIJ SPREJEMA V NBO - ZZZS (obkroži ustrezní odgovor):**

1. Potreba bolnika po zdravstveni negi, ki je ni mogoče izvajati na domu.
2. Potreba po rehabilitaciji oz. FTH, ki je ni mogoče izvesti ambulantno ali v rehabilitacijskem centru.
3. Potreba bolnika po zdravstveni vzgoji in svetovanju, ki je ni mogoče izvesti ambulantno.
4. Bolnik čaka na trajno rešitev problema oskrbe in nege, ki je nastal kot posledica trajnega poslabšanja zdravstvenega stanja po preboleli akutni bolezni.
5. Bolnik potrebuje paliativno oskrbo(PO) na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

## 2.1. CILJ NBO (obkroži ustrežni odgovor):

1. Ureditev terapije:  bolečina  paliativa  drugo \_\_\_\_\_
2. Priprava na TZKD
3. FTH aktivacija in navodila za doma
4. Povečan obseg zdravstvene nege

## 3. OPIS TRENUTNEGA STANJA BOLNIKA

### KATEGORIJA ZDRAVSTVENE NEGE

I (samostojen)    II (delno odvisen)    III (popolnoma odvisen)

### OSTALI PODATKI

**Stanje zavesti:**  luciden  somnolenten  zmeden  se ne odziva

**Komunikacija:**  verbalna  neverbalna  otežena  ni možna

**Dieta:**                    NE    DA                    Katera \_\_\_\_\_

**Pot vnosa hrane in tekočine:**  PER OS  NGS  PEG  drugo \_\_\_\_\_

**Inkontinenca:**    NE    DA             blato             urin             vstavljen TUK

**Dihanje:**                     samostojno  traheostoma  dodatek kisika

**RZP:**                        NE    DA    lokacija \_\_\_\_\_

**Stoma:**                    NE    DA    lokacija \_\_\_\_\_

**Ortopedski pripomočki:** \_\_\_\_\_

## 4. NAČRT NAMESTITVE in SOCIALNI STATUS

**Bolnikovo socialno okolje:**  svojci  skrbnik  drugo \_\_\_\_\_

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Tel.št.: \_\_\_\_\_

**Ali ima bolnik urejeno nastanitev po zaključeni obravnavi?**

DA                     NE                     V POSTOPKU UREJANJA

**Ali gre bolnik po zaključeni obravnavi v domače okolje?**

DA                     NE                     OBSTOJA MOŽNOST

**Ali je vloga za sprejem v DSO oddana?**

DA                     NE

V DSO 1 \_\_\_\_\_ Kdaj? \_\_\_\_\_

V DSO 2 \_\_\_\_\_ Kdaj? \_\_\_\_\_

**Kontaktna oseba (ime priimek):** \_\_\_\_\_ podpis

**Tel. številka:** \_\_\_\_\_