



Splošna bolnišnica
dr. Jožeta Potrča Ptuj

Prostor za nalepko pacienta/ke

Predstojnica oddelka: Jasmina Petrovič, dr. med., specialistka splošne kirurgije
Strokovni vodja zdravstvene nege: Marjeta Pak, DMS, mag.zdr.-soc. manag.
SB dr. Jožeta Potrča Ptuj, Oddelek PBZ, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; tel: 02/ 7491- 400

PREDLOG ZA NAPOTITEV NA PODALJŠANO BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE (PBZ)

BOLNIŠNICA: _____
ODDELEK: _____
TEL. ŠT. ODDELKA ALI ENOTE: _____

PRIIMEK IN IME PACIENTA/KE: _____
NASLOV: _____
DATUM ROJSTVA: _____

PODATKI O SVOJCIH IN KONTAKTNI OSEBI

PRIIMEK IN IME: _____
SORODSTVENO RAZMERJE: _____
KONTAKTNA ŠTEVILKA: _____

PREDVIDEN ODPUST PO ZAKLJUČENEM PO BOLNIŠNIČNEM ZDRAVLJENJU

- 1.) DOMOV
 - 2.) V DOM STAREJŠIH OBČANOV
- VLOGE ODDANE V NASLEDNJE DOMOVE:

(v primeru odpusta v DSO morate OBVEZNO priložiti izvid psihiatra o oceni opravilne sposobnosti)

Socialna služba vključena: 1.) da 2.)ne
Kontaktna socialna delavka/ec: _____

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

- a) pacient/ka **ima** urejeno dodatno zdravstveno zavarovanje
- b) pacient/ka **nima** urejenega zdravstvenega zavarovanja

Pacienta/ko se na oddelek PBZ premešča na **DOGOVORJENI DATUM OB 10.00** s polno dokumentacijo (popolno odpustno pismo, sveži laboratorijski izvidi, negovalno dokumentacijo, novo napotnico, izvidi nadzornih kužnin, ki so lahko stari največ 7 dni)!

Nepopolno izpolnjenih vlog NE bomo obravnavali!

MNENJE LEČEČEGA ZDRAVNIKA/CE

LEČEČI ZDRAVNIK/CA: _____

Diagnoze (glavna in spremljajočih bolezni ali stanj):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Potek zdravljenja na oddelku:

Datum sprejema na vaš oddelek: _____

Izvedeno zdravljenje: _____

Datum operacije (če je bila): _____

Trenutna klinična slika: _____

Terapija na dan predstavitve bolnika/ce:

Pacientov z akutno parenteralno terapijo in antibiotiki NE sprejemamo!

Razlog za napotitev na PBZ:

(mnenje lečečega zdravnika/ce o nadaljnjih postopkih zdravljenja in razlog sprejema na PBZ)

(Po oddaji vloge za dodatne informacije kontaktirajte zdravnika na PBZ.)

OB PREMESTITVI PRILOŽITE SVEŽE LABORATORIJSKE ALI DRUGE IZVIDE.

PACIENTOV Z INFEKTI IN AKUTNIMI DOGAJANJI **NE SPREJEMAMO!**

Nepopolno izpolnjenih vlog NE bomo obravnavali!

Podpis zdravnika/ce _____, dne: _____ v/na _____

MNENJE ODGOVORNE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE/ZDRAVSTVENIKA

1. Razvrstitev bolnika/ce po stopnji zahtevnosti zdravstvene nege:

I. kategorija ZN II. kategorija ZN III. kategorija ZN

2. Stanje bolnika/ce ob predstavitvi:

A) Komunikacijske zmožnosti:

Zavest:	luciden	somnolenten	zmeden	se ne odziva
Komunikacija:	verbalna	neverbalna	otežena	ni možna
Vrtoglavica:	ni prisotna	je prisotna	opis: _____	
Orientacija:	orientiran	dezorientiran	opis: _____	
Sodelovanje:	da	ne	opis: _____	
Govor:	razločen	nerazločen	ne more govoriti	jezik: _____
Sluh:	normalen	odstopanja	opis: _____	
Vid:	normalen	odstopanja	opis: _____	

B) Funkcijski status

a) Vodilna roka: desna leva

Zmožnost za (stopnja funkcionalnosti, lastnosti, podporni kazalci):

Splošna mobilnost _____

Mobilnost v postelji _____

Izvajanje osebne higiene _____

Oblačenje in urejanje _____

Opravljanje telesne potrebe _____

Uživanje hrane _____

Klasifikacija funkcionalnih stopenj:

0 – popolna samooskrba

I – potrebuje posebno opremo / ortopedske pripomočke

II – potrebuje pomoč ali nadzor

III - potrebuje pomoč ali nadzor druge osebe in posebno opremo ali ortopedske pripomočke

IV- popolnoma odvisen, brez sodelovanja

b) Telesno stanje

Koža:	rane	odrgnine	drugo _____	
Dekubitus:	ne	da, kje _____	datum nastanka _____	
Edemi:	ne	da, kje _____		
Turgor:	normalen	slab		
Barva:	rožnata	bleda	cianotična	zlatenična

c) Težave z/s:

Dihanjem:	ne	da,	traheostoma,	zadnja menjava _____	O2: _____
Hranjenjem:	ne	da,	po NGS	parenteralno	dieta _____
Uriniranjem:	ne	da,	inkontinenca	TUK, zadnja menjava _____	
Odvajanjem:	ne	da,	inkontinenca	s pomočjo odvajal	
Osebno higieno:	ne	da,	opis _____		
Spanjem:	ne	da,	opis _____		
Fizično oviran:	ne	da,	opis _____		

Ortopedski pripomočki: _____

Nadzorne kužnine:

MRSA odvzete: ne da, dne _____
ESBL odvzete: ne da, dne _____
VRE odvzete: ne da, dne _____

Nadzorne kužnine naj zajemajo:

- ESBL: bris rektuma (če ima pacient TUK, še urin; če ima RZP, še bris rane)
- MRSA: bris nos, žrelo, koža (če ima RZP, še bris rane)
- VRE: bris rektuma (CRPs, CRAb, CRE)

Opomba: Pacienti/ke se ne smejo brisati pod antibiotiki zaradi lažno negativnih izvidov (razen VRE).

Podpis odgovorne diplomirane medicinske sestre/zdravstvenika

_____ dne _____ v/na _____

Pacienta/ko se na oddelek PBZ premešča na **DOGOVORJENI DATUM OB 10.00** s polno dokumentacijo (popolno odpustno pismo, negovalno dokumentacijo, novo napotnico, izvidi nadzornih kužnin, ki so lahko stari največ 7 dni)!

OB PREMESTITVI PRILOŽITE SVEŽE LABORATORIJSKE ALI DRUGE IZVIDE. PACIENTOV Z INFEKTI IN AKUTNIMI DOGAJANJI NE SPREJEMAMO!

Nepopolno izpoljenih vlog NE bomo obravnavali!