



Splošna bolnišnica  
dr. Jožeta Potrča Ptuj

Prostor za nalepko pacienta/ke

**Predstojnik oddelka:** Sebastian Voljč, dr. med., specialist družinske medicine  
**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!**