

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRJA Zdravniška služba		Standardni operativni postopek	Štev. dokumenta: SOP BO1 01
Izdaja: 3	Velja od: 01.10.2015	DEMENCA	Stran od strani: 3/7

- Rana:**
- da ne nega _____
 ocena rane _____ ocena rane _____
 lokacija _____
 nega _____
- Bruhanje in navzea:** da ne
- Krvavitev:** da ne lokacija _____
- Komunikacija:**
- jasen in razločen govor počasen govor
 nepovezan govor odgovarja z zamikom
 ponavlja besede mutacizem
 drugo _____

Odnos do ljudi:

- Pogovorljiv:** da ne
- Sodelujoč:** da ne
- Težko vzpostavi stik s posameznikom:** da ne
- Težko se vključi v skupino:** da ne
- Pretirano se navezuje na posameznika:** da ne

- Ocena samooskrbe:** samostojen potrebuje vzpodbudo potrebuje nadzor
 potrebuje delno pomoč potrebuje popolno pomoč

Izvedeni postopki in posegi:

- Nezogastrična sonda:** da ne datum vstavitve datum odstranitve
- Infuzija:** da ne kaj prejema _____
- Kateterizacija:** enkratno vzrok stalni urinski kateter številka _____
- Čistilna klizma:** da ne

Delovno terapevtsko ocenjevanje: datum: _____ DT

- AMPS (assesment of motor and process skills) da ne
- COPM da ne
- TEST DNEVNIH AKTIVNOSTI da ne
- OSA (ocenjevanje skozi aktivnost) da ne
- BARTHEL INDEKS da ne
- RAZŠIRJENI BARTHEL INDEKS da ne
- drugo _____

Ocena socialnih potreb: SD

- Upokojenec** da ne pokojnina
- Izdelava socialne anamneze** da ne datum: _____
- Razgovor s svojci** da ne datum: _____
- Prošnja za institucionalno varstvo oddana** da ne datum: _____
- Prošnja oddana v DU:** _____
- Priporočilo za prednostni sprejem** da ne datum: _____
- Mnenje psihiatra za DU** da ne datum: _____

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRJA Zdravniška služba		Standardni operativni postopek	Štev. dokumenta: SOP BO1 01
Izdaja: 3	Velja od: 01.10.2015	DEMENCA	Stran od strani: 4/7

Postavitev skrbnika za poseben primer	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že ima skrbnika
Dodatek za pomoč in postrežbo	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že prejema
Pomoč na domu	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že urejena
Dnevno varstvo	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že urejena
Združenje Spominčica	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	
Informiranje o skupinah za samopomoč	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	
Skupine za svojce: Pisno vabilo	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	

Preiskave:

Biokemične preiskave	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Rtg pc	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
EKG	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Slikovne metode (CT, MRI)	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Mikrobiološke preiskave	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Elektrofiziol. metode (EEG, EP)	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Nevrolog	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Internist	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Nevropsihološki pregled	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno
Ščitnišni h., folna kislina, Vit. B ₁₂	<input type="checkbox"/> pred sprej.	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ni potrebno

ZDR

KPSS

rezultat _____

Test risanja ure:

rezultat _____

Samomorilno vedenje

Brez samomorilnega vedenja	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Želja po smrti	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Samomorilne misli	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Samomorilne grožnje	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Samopoškodbno vedenje	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Preprečen poskus	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Prekinjen poskus	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Nevaren poskus	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne

Prijava samomorilnega poskusa:

datum: _____

PREGLED IN IZBOR TERAPEVTSKIH AKTIVNOSTI _____ . dan

PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRJA Zdravniška služba		Standardni operativni postopek DEMENCA	Štev. dokumenta: SOP BO1 01
Izdaja: 3	Velja od: 01.10.2015		Stran od strani: 5/7

Klinične meritve: RR _____ ; utrip _____ ; T _____

DMS

Apetit: dober slab pretiran
Pri hranjenju je: samostojen nesamostojen

Pri izvajanju jutranje in večerne nege je: samostojen odvisen potrebuje pomoč
 potrebuje vzpodbudo potrebuje nadzor

Težave pri odvajanju: da ne katere _____
Uporaba odvajala: da ne katera _____
Izločanje urina: samostojen odvisen potrebuje pomoč
Spanje: normalno nespečnost
Uporaba uspavala: da ne
Izvajanje PVU: da ne
Omejevanje gibanja: v postelji v fotelju
Gibanje: pokreten slabo pokreten nepokreten

Zavest: orientiran neorientiran zmeden deliranten

Laboratorijske preiskave: _____ ZDR

Psihofarmakoterapija: _____ ZDR

Delovnoterapevtska obravnava:

DT, MS, SD

Individualna obravnava

- Senzorno motivacijska skupina
- Akt. za ohranjanje spoznavnih sposobnosti
- Akt. za ohranjanje funkcionalnih gibljivosti
- Učenje dnevnih aktivnosti
- Orientacija v realnost
- Fizioterapija

Skupinska obravnava

- Socialne aktivnosti
- Akt. za ohranjanje spoznavnih s
- Akt. za ohranjanje funkcionalnih gibljivosti
- Glasbene aktivnosti
- Kreativne aktivnosti
- Bralne aktivnost
- Gospodinjske aktivnosti
- Aktivnosti v bivalnem okolju
- Drobne terapevtske tehnike
- Terapevtska skupnost

ODPUST BOLNIKA

datum: _____

PSIHOTRIČNA BOLNIŠNICA IDRJA Zdravniška služba		Standardni operativni postopek	Štev. dokumenta: SOP BO1 01
Izdaja: 3	Velja od: 01.10.2015	DEMENCA	Stran od strani: 6/7

Prijava hospitalnih infektov datum: _____ ni potrebno **ZDR**
Prijava stranskih učinkov datum: _____ ni potrebno
Ostale prijave _____

MRSA poz. neg. ni opravljen

Odpustnica zdravnika: datum: _____
 v roke osebnemu zdravniku psihiatru

Recepti: da ne
Informacija o zdravljenju: skrbnik bolnik

Odpustnica zdravstvene nege poslana: DU/SVZ patronažna služba **DMS**

Priprava bolnika pred odpustom v skladu s postopkom ZN: da ne

Mnenje delovnega terapevta: da ne
Poročilo socialnega delavca: da ne

Kontrolni pregled gerontopsihiatrična ambulanta psihiater osebni zdravnik

Odpust domov v zavod druga bolnišnica umrl

Glavna diagnoza: _____ MKB: _____

Ostale diagnoze: _____ MKB: _____
_____ MKB: _____
_____ MKB: _____
_____ MKB: _____

Šifra zdravnika: _____

Podpis zdravnika: _____

PSIHOTRIČNA BOLNIŠNICA IDRJA Zdravniška služba		Standardni operativni postopek DEMENCA	Štev. dokumenta: SOP BO1 01
Izdaja: 3	Velja od: 01.10.2015		Stran od strani: 7/7

SEZNAM SPREMEMB DOKUMENTA

IZDAJA	SPREMEMBA	DATUM, PODPIS
1	Nov dokument	2007
2	Dokument revidiran	21.05.2013
3	Dokument oblikovan v skladu s krovnim dokumentom »Obvladovanje dokumentacije«	01.10.2015

LETNI PREGLED DOKUMENTA

DATUM IN PODPIS:	DATUM IN PODPIS:	DATUM IN PODPIS:
21.05.2013 dr. Marko Pišljari, predstojnik bolnišnice		