

NBO – Predlog za namestitev bolnika na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

Različica 1



Javni zdravstveni zavod

Splošna bolnišnica Brežice
Moje zdravje.

OSNOVNI CERTIFIKAT



Temos
Quality in Medical Care. Worldwide.

SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE
Černelčeva cesta 15
8250 Brežice

Fax: 07 466 8 110

E-mail NBO: nbo@sb-brezice.si

Telefon NBO: 07 4668 227

PREDLOG ZA NAMESTITEV BOLNIKA NA ODDELEK ZA NEAKUTNO BOLNIŠNIČNO OBRAVNAVO (NBO)

1. PODATKI O BOLNIKU

VELIKA NALEPKA	
Ime in priimek	
Datum rojstva	
Naslov	
Bolnik hospitaliziran	Bolnik doma ali v DSO
Datum sprejema	
Lečeči zdravnik	Izbrani osebni zdravnik
	<i>ali</i>
Oddelek	Patronažna med.sestra / dipl. med.sestra
Bolnišnica	Zdravstveni dom / DSO

2. PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU BOLNIKA (izpolni zdravnik)

NBO – Predlog za namestitev bolnika na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

Različica 1

Medicinske diagnoze Kronične bolezni	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Ali je akutna zdravstvena obravnava zaključena? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Ali je zdravstveno stanje bolnika stabilno? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Terapija, ki jo bolnik prejema	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Kriterij sprejema v NBO praviloma za bolnike iz regije <u>Posavje</u> - v akutni obravnavi IZVEN SB Brežice - v paliativni oskrbi doma oz. v instituciji	<input type="checkbox"/> bolnik potrebuje dopolnilno zdravljenje, kar mu je možno zagotoviti v okviru podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (PBZ) ali <input type="checkbox"/> bolnik potrebuje paliativno oskrbo (PO) na sekundarni ravni zdravstvenega varstva
Kriterij sprejema v NBO za bolnike v akutni obravnavi v SB Brežice	
1. <input type="checkbox"/> Zdravstvena nego (odd. ZN) <input type="checkbox"/> PBZ <input type="checkbox"/> PO	
2. <input type="checkbox"/> bolnik potrebuje storitve bolnišnične rehabilitacije oz. FTH	
3. <input type="checkbox"/> bolnik potrebuje zdravstveno vzgojo in svetovanje	
4. <input type="checkbox"/> bolnik čaka na trajno rešitev problema oskrbe in nege, ki je nastal kot posledica trajnega poslabšanja zdrav. stanja po preboleli akutni bolezni	
Ali se pri bolniku izvaja fizioterapija / delovna terapija? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	

NBO – Predlog za namestitev bolnika na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

Različica 1

Ocena rehabilitacijskega potenciala <input type="checkbox"/> ugodna <input type="checkbox"/> trenutno težko oceniti <input type="checkbox"/> brez	
Ali je bolnik pripravljen sodelovati v rehabilitacijskem programu? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	
Navedite omejitve / kontraindikacije pri izvajanju fizioterapije / delovne terapije	1. 2.
Posebnosti?	
Datum predvidenega zaključka akutne obravnave bolnika:.....	
.....(podpis in žig zdravnika).....	

3. POROČILO ZDRAVSTVENE NEGE (izpolni dipl. med.sestra)

Podatki o zmožnosti za samooskrbo po kategorizaciji ZN

TŽA	I (samostojen)	II (delno odvisen)	III (popolnoma odvisen)
Telesna mobilnost			
Osebna higiena			
Prehranjevanje			
Odvajanje			
Okolje /varnost			

Drugi podatki o bolniku

Stanje zavesti	<input type="checkbox"/> orientiran <input type="checkbox"/> delno orientiran <input type="checkbox"/> ni orientiran
Komunikacija	<input type="checkbox"/> mogoča <input type="checkbox"/> delna <input type="checkbox"/> ni možna
Dieta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA vrsta:
Pot vnosa hrane in tekočine	<input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> drugo:
Inkontinenca	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA/blato <input type="checkbox"/> DA/urin <input type="checkbox"/> vstavljen TUK
Rane zaradi pritiska	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA lokacija:
Stoma	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA lokacija:
Bris na MRSA in ESBL	Datum izvida: negativen <input type="checkbox"/> pozitiven: <input type="checkbox"/> koža <input type="checkbox"/> žrelo <input type="checkbox"/> nos <input type="checkbox"/> rektum

Podatki o

negovalnih problemih

in /ali

negovalnih diagnozah

1.	1.
----	----

NBO – Predlog za namestitev bolnika na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

Različica 1

2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

.....(ime in priimek dipl. med. sestre, podpis).....

4. NAČRT NAMESTITVE in SOCIALNI STATUS *(izpolni soc.del. oz. odg.oseba)*

Bolnik /skrbnik bolnika je seznanjen s predlaganim načinom nadaljnje zdravstvene in socialne obravnave in se z njo strinja DA NE

Namestitev ureja.....
tel.št.....e-mail.....
podpis datum.....

Bolnikovo socialno okolje: svojci drugi bližnji skrbnik drugo
Ime in priimek.....tel. št.....
Naslov isti drugi:

Ali ima bolnik urejeno nastanitev po zaključku obravnave na oddelku? DA NE v postopku urejanja

Ali gre bolnik po zaključku obravnave v domačo oskrbo? DA NE obstaja možnost

Ali je vloga za sprejem v DSO oddana? NE

DA v DSO 1..... Kdaj.....
v DSO 2..... Kdaj.....