

## KLINIČNA POT RAZJEDE ZARADI PRITISKA (RZP)

OBVEZNA NALEPKA PACIENTA

**SPREJEMNA DIAGNOZA:**

VPIŠI DELOVNO DIAGNOZO

ŠIFRA MKB

**SPREJEMNI ZDRAVNIK:**

ŽIG ZDRAVNIKA

PODPIS

**NEGOVALNE DIAGNOZE:**

VPIŠI POMEMBNE NEGOVALNE DIAGNOZE

**SPREJEMNA DMS:**

IME IN PRIIMEK (TISKANO)

PODPIS

**PRIHOD PACIENTA NA ODDELEK:**

DATUM:

URA: \_\_ : \_\_

**PACIENT PRIPELJAN:**

(ustrezno označiti, dopisati)

IZ LASTNEGA DOMA    SOCIALNO VARSTVENEGA ZAVODA    DRUGO: \_\_\_\_\_

PREMEŠČEN IZ DRUGE BOLNIŠNICE: \_\_\_\_\_    Z ODDELKA: \_\_\_\_\_

**PRISOTNOST RZP OB SPREJEMU:**

(ustrezno označiti)

**OB PRVI OCENI KOŽE NI PRISOTNIH VIDNIH RZP**    NAKAZUJE SE POJAV RZP

IZVEDENA OCENA PO WATERLOW SHEMI    OCENA OGROŽENOSTI \_\_\_\_\_

PRISOTNE RZP SO FOTOGRAFIRANE IN USTREZNO DOKUMENTIRANE

OB SPREJEMU OPRAVLJENA NEGOVALNA ANAMNEZA

PRILOŽEN NAČRT ZN IN OSTALA PREMESTITVENA DOKUMENTACIJA

PACIENT/SVOJCI/SKRBNIKI/ POOBLAŠČENEC SO SEZNANJENI Z ZAZNANIMI RZP

PODPISANO SPLOŠNO PRIVOLITVENO SOGLASJE OB SPREJEMU

**OSTALE OPOMBE:**

<b>PACIENT IMA BOLEZEN, KI ZAVIRA CELJENJE RAN</b>	<b>DA</b>	<b>NE</b>
Ateroskleroza	DA	NE
Bolezni arterij	DA	NE
Sladkorna bolezen	DA	NE
Rakave bolezni	DA	NE
Dekompenzirane okvare jeter	DA	NE
Avtoimunske bolezni	DA	NE
Hipoproteinemija	DA	NE
Kronične bolezni	DA	NE
Bolezni pljuč in srca	DA	NE
Dolgotrajno šokovno stanje	DA	NE
Anemija	DA	NE

<b>PACIENT PREJEMA ZDRAVILA, KI ZAVIRAJO CELJENJE RAN</b>		
Citostatiki	DA	NE
Glukokortisteroidi	DA	NE
Protivnetna zdravila	DA	NE

<b>PRISOTNOST DEJAVNIKOV TVEGANJA ZA NASTANEK RZP</b>		
Nepokretnost	DA	NE
Slaba mobilnost	DA	NE
Nevrološka obolenja	DA	NE
Motnje zaznavanja	DA	NE
Podhranjenost	DA	NE
Dehidracija	DA	NE
Demenca	DA	NE
Sedacija	DA	NE
Povišana temperatura	DA	NE
Starost (več kot 30 let)	DA	NE

<b>DOKUMENTACIJA</b>		
Ocena tveganja za nastanek RZP- Waterlow lestvica	DA	NE
Ocena RZP in klasifikacija	DA	NE
Načrt zdravstvene nege-preventivni program	DA	NE
List obračanja	DA	NE
Oskrba RZP	DA	NE
Evidenčni list	DA	NE

<b>WATERLOW OCENA</b>		
Izvedena ob sprejemu	DA	NE
Izvedena ob nastanku RZP	DA	NE
Ponovna ocena izvedena ob spremembah	DA	NE
Ponovna ocena izvedena vsakih 7 dni	DA	NE

<b>OCENA RZP IN KLASIFIKACIJA</b>		
Ocena in klasifikacija opredeljena ob vsaki prevezi	DA	NE
Opredeljena lokacija	DA	NE
Opredeljena stopnja RZP	DA	NE
Opredeljena velikost RZP	DA	NE
Opis dna RZP	DA	NE
Opis izločka	DA	NE
Spremljanje bolečine po VAS lestvici	DA	NE
Opis vonja	DA	NE

<b>NAČRT ZDRAVSTVENE NEGE-PREVENTIVNI PROGRAM</b>		
Program za zmanjševanje pritiska, strižne sile, trenja	DA	NE
Program ZN kože	DA	NE
Program pravilne prehrane, vnosa tekočin	DA	NE

<b>PROGRAM ZA ZMANŠEVANJE PRITISKA, STRIŽNE SILE, TRENJA</b>		
Menjava lege na dve uri	DA	NE
Fizioterapevtske aktivnosti	DA	NE
Uporaba razbremenilnih blazin	DA	NE
Uporaba električne postelje	DA	NE
Uporaba dvigal, obračalk	DA	NE

<b>PROGRAM ZN KOŽE</b>		
Uporaba vlažilnih losionov	DA	NE
Uporaba zaščitnih krem	DA	NE
Jutranja osvežitev 1x na dan	DA	NE
Večerna osvežitev 1x na dan	DA	NE
Anogenitalna nega po vsakem odvajanju	DA	NE
Anogenitalna nega po vsaki menjavi pleničke	DA	NE

<b>PROGRAM PRAVILNE PREHRANE</b>		
Ocena prehranjenosti	DA	NE
Nadzor nad vnosom hranil in tekočine	DA	NE
Povečan vnos beljakovin	DA	NE
Povečan vnos vitaminov in mineralov	DA	NE

<b>LIST OBRAČANJA</b>		
Obračanje kontinuirano 24 ur	DA	NE

<b>OSKRBA RZP</b>		
Čiščenje z sterilno fiziološko raztopino	DA	NE
Uporaba sodobnih oblog	DA	NE
Konzultacija kirurga	DA	NE
Kirurški poseg	DA	NE
Bris rane	DA	NE
Antibiotična terapija	DA	NE
Protibolečinska terapija	DA	NE

<b>ZDRAVSTVENO VZGOJNO DELO (ZV)</b>		
ZV pacienta	DA	NE
ZV svojcev	DA	NE

<b>ODPUST</b>		
Odpustnica Datum odpusta:	DA	NE
Ustna navodila pacientu	DA	NE
Ustna navodila svojcem	DA	NE
Pisna navodila patronažni službi	DA	NE

<b>KLINIČNO POT PREGLEDAL/A IN IZPOLNIL/A:</b> TISKANO IME IN PRIIMEK
<b>DATUM:</b> _____ <b>PODPIS</b> _____