

# NBO - Predlog namestitve pacienta na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

## Različica 2



SPLOŠNA BOLNIŠNICA BREŽICE  
Černelčeva cesta 15  
8250 Brežice

Fax: 07 466 8 110

E-mail NBO: [nbo@sb-brezice.si](mailto:nbo@sb-brezice.si)

Telefon NBO: 07 4668 160

## PREDLOG ZA NAMESTITEV PACIENTA NA ODDELEK

ZA NEAKUTNO BOLNIŠNIČNO OBRAVNAVO (**NBO**), PODALJŠANO BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE (**PBZ**), NEAKUTNO PALIATIVNO OSKRBO (**NPO**) (ustrezno podčrtaj)

### 1. PODATKI O PACIENTU

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

# NBO - Predlog namestitve pacienta na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

## Različica 2

### 2. PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU PACIENTA (izpolni zdravnik)

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

## NBO - Predlog namestitve pacienta na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

### Različica 2

Ocena rehabilitacijskega potenciala <input type="checkbox"/> ugodna <input type="checkbox"/> trenutno težko oceniti <input type="checkbox"/> brez	
Ali je pacient 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 pacienta:.....	
.....(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 pacientu	
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:

# NBO - Predlog namestitve pacienta na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

## Različica 2

Bris na <i>MRSA in ESBL</i>	Datum zadnjega izvida:....., lab.zap.št.:.....  <u>negativen</u> <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> <b>NE</b> ( obvezno dopolni spodaj!! )  <u>pozitiven:</u> <input type="checkbox"/> koža <input type="checkbox"/> žrelo <input type="checkbox"/> nos <input type="checkbox"/> rektum  opombe:.....	
<b>Podatki o</b>		
negovalnih problemih	in /ali	negovalnih diagnozah
1.	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)*

Pacient /bližnji oziroma njegov skrbnik je seznanjen s predlaganim načinom nadaljnje zdravstvene in socialne obravnave in se z njo strinja <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE
Namestitev ureja..... tel.št.....e-mail..... podpis ..... datum.....
Pacientovo socialno okolje: <input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> drugi bližnji <input type="checkbox"/> skrbnik <input type="checkbox"/> drugo Ime in priimek.....tel. št..... Naslov <input type="checkbox"/> isti <input type="checkbox"/> drugi: .....

## NBO - Predlog namestitve pacienta na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo

### Različica 2

Ali ima pacient urejeno nastanitev  
po zaključku obravnave na oddelku?

DA  NE  v postopku urejanja

Ali gre pacient po zaključku  
obrnave 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.....