

**KLINIČNA POT POTEKA MEDICINSKE REHABILITACIJE
ZA PACIENTE PO ZLOMU KOLKA**

prostor za nalepko

I. IZBOR PACIENTOV

POSTOPEK	DATUM	ODGOVORNA OSEBA	ODSTOPANJA
Triaža v KC: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		zdravnik	
Ambulantni pregled: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		zdravnik	
Izolacija/poostreni higienski ukrepi: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne		zdravnik	

KLINIČNA POT POTEKA MEDICINSKE REHABILITACIJE ZA PACIENTE PO ZLOMU KOLKA

prostor za nalepko

II. SPREJEM

Sprejemni administrator: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Odstopanja:
Ustreznost napotnice: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Veljavnost zdravstvenega zavarovanja: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Omejitve zdravstvenega zavarovanja: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da	
Velja do: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Izpisek izdanih MTP: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	

NAMESTITEV PACIENTA NA ODDELKU

Sprejemna dipl. medicinska sestra: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprejem: <input type="checkbox"/> iz druge bolnišnice <input type="checkbox"/> od doma <input type="checkbox"/> iz DSO <input type="checkbox"/> drugo _____
Medicinska dokumentacija: <input type="checkbox"/> odpustnica <input type="checkbox"/> podatki o zdravlilih <input type="checkbox"/> obvestilo zdravstvene nege
Svojci: _____
Telefon: _____
Sprejemni sestrski zapisnik izpolnjen <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Seznanitev z oddelkom: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni možno
Soglasje o obiskovalcih: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni možno
Pripravljena dokumentacija: <input type="checkbox"/> temperaturni list <input type="checkbox"/> obrazec FIC/FIM

ZDRAVSTVENO STANJE PACIENTA

Sprejemni zdravnik: _____	□□□□□
Glavna diagnoza _____	
□□□□□	
Spremljajoče bolezni	
_____ □□□□□	zdravljenje potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne omejuje aktivnost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
_____ □□□□□	zdravljenje potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne omejuje aktivnost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
_____ □□□□□	zdravljenje potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne omejuje aktivnost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
_____ □□□□□	zdravljenje potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne omejuje aktivnost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
_____ □□□□□	zdravljenje potrebno <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne omejuje aktivnost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Anamneza ob sprejemu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni izvedljivo
Klinični pregled ob sprejemu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni izvedljivo
Zdravniški sprejemni formular	<input type="checkbox"/> izpolnjen <input type="checkbox"/> ni izpolnjen <input type="checkbox"/> ni izvedljivo
Sprejemni zapis opravljen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Temperaturni list izpolnjen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Izpolnjena terapevtska kartica	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Izpolnjen sprejemni obrazec FIC/FIM	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

REHABILITACIJSKI PROGRAM:	
<input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> RFT <input type="checkbox"/> Socialna obravnava <input type="checkbox"/> Psihološka obravnava <input type="checkbox"/> oprema s pripomočki <input type="checkbox"/> CPR <input type="checkbox"/> drugo _____	
PREGLEDI IN PREISKAVE:	
<input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Nevrolog <input type="checkbox"/> Plastik <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> kontrolni pregled pri travmatologu: □□.□□.□□□□□ ob □□.□□□□□	
Drugi pregledi izven IRSR: _____ □□.□□.□□□□□	
<input type="checkbox"/> RR <input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> Laboratorij _____ <input type="checkbox"/> drugo _____	
SPLOŠNI CILJI REHABILITACIJE	
1 Samostojnost v DA	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
2 Samostojno gibanje	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> hoja <input type="checkbox"/> i.v.
3 Vrnitev v domače okolje	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
4 Oprema z MTP	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
5 Drugo:	_____

Seznanitev pacienta s potekom in cilji rehabilitacije	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pacient ne sodeluje
Soglasje k poteku in ciljem rehabilitacije	<input type="checkbox"/> podpisano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> podpisani svojci/skrbniki

FIZIOTERAPIJA	
Odgovorni DFT: _____ □□□□□	Odstopanja:
<input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor s pacientom <input type="checkbox"/> Ocena funkcijskega stanja pacienta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> meritve gibljivosti sklepov <input type="checkbox"/> meritve dolžine udov <input type="checkbox"/> mišični status <input type="checkbox"/> test hoje <input type="checkbox"/> test pripomočka <input type="checkbox"/> drugo _____ 	
Opredelitev problemov in ciljev v terapiji Problemi: _____ _____ Cilji : _____ _____ <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	

DELOVNA TERAPIJA	
Odgovorni DDT: _____ □□□□□	Odstopanja:
<input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor s pacientom <input type="checkbox"/> Ocena funkcijskega stanja pacienta: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/> Oddelčni DT test <input type="checkbox"/> COPM <input type="checkbox"/> drugo _____ 	
Opredelitev problemov in ciljev v terapiji Problemi: _____ _____ Cilji : _____ _____ <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	

SOCIALNA OBRAVNAVA	
Odgovorni socialni delavec: _____ □□□□□ <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor s pacientom <input type="checkbox"/> Pogovor s svojci Oprelitev problemov in ciljev v terapiji Problemi: _____ _____ Cilji : _____ _____ <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s strategijami socialne pomoči	Odstopanja:

PSIHOLOŠKA OBRAVNAVA	
Odgovorni psiholog: _____ □□□□□ <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Pogovor z zdravnikom <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor s pacientom <input type="checkbox"/> Ocena psihičnega stanja <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Oprelitev problemov in ciljev v terapiji Problemi: _____ _____ Cilji : _____ _____ <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	Odstopanja:

DRUGO:	
Odgovorni terapevt: _____ □□□□□ <input type="checkbox"/> Pregled dokumentacije <input type="checkbox"/> Uvodni razgovor s pacientom <input type="checkbox"/> Ocena funkcionalnega stanja pacienta: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Oprelitev problemov in ciljev v terapiji Problemi: _____ _____ Cilji : _____ _____ <input type="checkbox"/> Seznanitev pacienta s cilji terapije <input type="checkbox"/> Določitev urnika programa	Odstopanja:



III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

ZDRAVNIK						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Zdravnik					
	FIM					
P O S E B N E Z A D O L Ž I T V E						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

NEGOVALNO OSEBJE						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
K R A T K O R O Č N I C I L J I	Datum					
	Dipl.medicinska sestra					
	FIM					
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

FIZIOTERAPEVT						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Fizioterapevt					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

DELOVNI TERAPEVT

		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Delovni terapevt					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					



III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI						
PSIHOLOG						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Psiholog					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

III. TIMSKI SESTANKI IN REHABILITACIJSKI CILJI

SOCIALNI DELAVEC						
		1.tim	2.tim	3.tim	4.tim	5.tim
	Datum					
	Socialni delavec					
	FIM					
K R A T K O R O Č N I C I L J I						
O P O M B E	1. timski sestanek					
	2. timski sestanek					
	3. timski sestanek					
	4. timski sestanek					
	5. timski sestanek					

IV. ODPUST

SOCIALNI DELAVEC: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Obveščanje svojcev o odpustu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Obveščanje svojcev o ogledu programov rehabilitacije <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Obveščanje patronažne službe o odpustu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Obveščanje CSD <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	Odstopanja:
--	--------------------

ODPUSTNI FIZIOTERAPEVT: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pregled fizioterapevske dokumentacije <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Zaključno testiranje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Časovni testi hoje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Prevzem pripomočkov za hojo <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Zaključni pogovor s pacientom <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Seznanitev svojcev s programom <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno FIM <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Zaključno poročilo <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	Odstopanja:
--	--------------------

ODPUSTNI DELOVNI TERAPEVT: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ocena funkcijskega stanja pacienta: Oddelčni DT test <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno COPM <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno drugo _____ Zaključni pogovor s pacientom <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Seznanitev svojcev s programom <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Prevzem pripomočkov <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno FIM <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Zaključno poročilo <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	Odstopanja:
---	--------------------

ODPUSTNI PSIHOLOG: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ocena funkcijskega stanja pacienta <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Zaključno poročilo <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno Seznanitev svojcev s programom <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	Odstopanja:
--	--------------------

IV. ODPUST

ODPUSTNI ZDRAVNIK: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Odstopanja:
Predlog za zaključek rehabilitacije: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Datum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Predvideni datuma odpusta: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Datum: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Odpust pacienta v znano okolje: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Pacient seznanjen z datumom odpusta: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Svojci seznanjeni z datumom odpusta: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Obravnava v CPR: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Predlog za IK: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Zaključno poročilo: <input type="checkbox"/> DMS <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> psiholog <input type="checkbox"/> soc. delavec	
Odpustnica izpisana: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Ocena FIM potrjena: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	

ODPUSTNA DIPL. MEDICINSKA SESTRA: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Odstopanja:
Odpuščen v/na: _____	
Z odpustom seznanjeni:	
<input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> patronaža <input type="checkbox"/> center za socialno delo <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Način prevoza: <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> svojci <input type="checkbox"/> reševalno vozilo <input type="checkbox"/> drugo	
Demonstracija programa: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Zaključen FIM: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Naročilnice za MTP: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Recepti za zdravila: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Zdravila: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Vrednosti vrnjene: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Odpustnica izdana: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Medicinska dokumentacija vrnjena: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
RTG/MR/CT slike vrnjene: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Anketni list predan: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Datum odpusta: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	