



Prostor za nalepko

Klinična pot za pacienta po amputaciji spodnjega uda (udov) zaradi periferne arterijske bolezni (PAB) z ali brez sladkorne bolezni

Pregled 1. dan

Anamneza: Diagnoza: Vzrok amputacije: Datum amputacije: Bolnica, kjer je bila amputacija narejena:	
---	--

SPREJEMNI ADMINISTR

SPREJEMNA MS

SPREJEMNI ZDRAVNIK

Bolnikov profil – izpolni sestra

Živi z _____

V hiši/stanovanju brez arhitek.barier hiši/stanovanju z arhitek.barier. DSO
Prišel od doma iz druge bolnice DSO s spremstvom _____ brez
Obvestiti _____ tel. _____

OCENA BOLNIKOVEGA STANJA

Hoja: bergle hodulja voziček ne hodi
Transfer: samostojen s pomočjo odvisen
Oblačenje: samostojen delno nesamostojen
Nega telesa: samostojen delno nesamostojen
Hrana/pijača: samostojen pomoč odvisen
Urin: kontinenten inkontinenten kateter – zadnja menjava _____
Blato: kontinenten inkontinenten potrebuje odvajalo
 zadnje odvajanje način odvajanja
 uporaba stranišča s pomočjo ne
Psih.stanje: orientiran delno zmeden
Sporazumevanje: dobro slabo
Spanje: normalno z uspavali _____
Koža: cela kožne spremembe _____
Ocena nevarnosti za nastanek decubitusov po Waterlow shemi da ne
 dekubitus _____

Vid: normalno s pripomočki slabo vidi ne vidi
Sluh: normalno s pripomočki slabo sliši ne sliši
Bolečina da ne

Od MTP ima bergle hodulja voziček postelja drugo _____
Alergije na zdravila _____ hrana _____ ostalo _____
Razvade kajenje da ne alkohol da ne drugo _____
Dieta sladkorna hipolipidna želodčna drugo _____

Seznanjen je z oddelkom		
<input type="checkbox"/> splošna sestrška navodila	<input type="checkbox"/> zvonec	<input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> čas obiskov <input type="checkbox"/> stranišče/kopalnica
<input type="checkbox"/> čas obrokov	<input type="checkbox"/> izhodi	<input type="checkbox"/> prepoved kajenja <input type="checkbox"/> soglasje o obiskovalcih
Izvidi	<input type="checkbox"/> odpustnica iz bolnice	<input type="checkbox"/> ostalo _____
Bolnikovo zdravstveno stanje – izpolni zdravnik		
Spremljajoče bolezni		
Sladkorna bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> samo dieta <input type="checkbox"/> tablete <input type="checkbox"/> inzulin
Stanje srca:		
- bp	<input type="checkbox"/>	
- stanje po AMI	<input type="checkbox"/>	
- motnje ritma	<input type="checkbox"/>	
Obolenje možganov:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
- stanje po CVI		
- hemipareza :	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
	<input type="checkbox"/> levo <input type="checkbox"/> desno	
Obolenje oči	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Obolenje ledvic	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Prizadetost preostalega uda:	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Bolečina v krnu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo	<input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
zdravilo		odmerek

Status	Sodelovanje pri pregledu:	
	- zadovoljivo	<input type="checkbox"/>
	- nezadovoljivo	<input type="checkbox"/>
Gibanje	Samostojen	<input type="checkbox"/>
	S pripomočkom	<input type="checkbox"/>
	- bergle	<input type="checkbox"/>
	- hodulja	<input type="checkbox"/>
	- voziček	<input type="checkbox"/>
Osebna higiena	Samostojen	<input type="checkbox"/>
	Delna pomoč	<input type="checkbox"/>
	Celotna pomoč	<input type="checkbox"/>
Stanje srca	Kompenzirana kardiomiopatija	<input type="checkbox"/>
	Dekompenzirana kardiomiopatija	<input type="checkbox"/>
	Motnje ritma	<input type="checkbox"/>
	Absolutna aritmija	<input type="checkbox"/>
	Posamezne ES	<input type="checkbox"/>
Stanje pljuč	Dihanje: auskultacija	
	Hropci: da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	
Stanje krna	Amputacija v kolku, hemipelvektomija	<input type="checkbox"/>
	Nadkolenska amputacija:	<input type="checkbox"/>
	- dolžina krna _____	
	- obseg: distalno _____ proksimalno _____	
	Čezkolenska:	<input type="checkbox"/>
	- dolžina krna _____	
	- obseg: distalno _____ proksimalno _____	

	Podkolenska: <input type="checkbox"/> - dolžina krna _____ - obseg: distalno _____ proksimalno _____ Delna amputacija stopala <input type="checkbox"/>
Stanje kožnega pokrova	Zaceljeno <input type="checkbox"/> Prisotnost razjede: <input type="checkbox"/> - v post. op. področju <input type="checkbox"/> - drugod <input type="checkbox"/> Velikost razjede _____ Potrebne vsakodnevne preveze: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Giblјivost sklepov na strani amputacije	Koleno: popolna <input type="checkbox"/> kontrakture <input type="checkbox"/> Kolk: popolna <input type="checkbox"/> kontrakture <input type="checkbox"/>
Stanje preostalega sp. uda	Barva kože _____ Trofika _____ Kapilarna polnitev _____ Periferni pulzi: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne - a. dorsalis pedis <input type="checkbox"/> - a. poplitea <input type="checkbox"/> - a. fem. <input type="checkbox"/> Giblјivost: - primerna <input type="checkbox"/> Kontrakture: Kolk: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Koleno: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne Gleženj: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Stanje zg. udov	Primerno <input type="checkbox"/> Neprimerno: <input type="checkbox"/> - desno <input type="checkbox"/> - levo <input type="checkbox"/>
Planirani pregledi:	internist <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne laboratorij <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne nevrolog <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne drugo kirurg <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

Rehabilitacijski program	
<input type="checkbox"/> FTH	<input type="checkbox"/> DT
<input type="checkbox"/> skupinska terapija	<input type="checkbox"/> socialna obravnava
	<input type="checkbox"/> psihološka obravnava
	<input type="checkbox"/> profesionalna obravnava
	<input type="checkbox"/> drugo _____
Seznanitev pacienta s potekom in cilji rehabilitacije	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> bolnik ne sodeluje
Soglasje k poteku in ciljem rehabilitacije	<input type="checkbox"/> podpisano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> podpisali svojci/skrbnik
Fizioterapija	obveščeni o sprejemu, dobi urnik <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Delovna terapija	obveščeni o sprejemu, dobi urnik <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Socialna delavka	obveščena o sprejemu, dobi urnik <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Psiholog	obveščen o sprejemu, dobi urnik <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija	
po listi 'per os' prejel	<input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer
parenteralno prejel	<input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno
Higiiena	tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč
	ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč
	anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč
Odvajanje	
mikcije:	<input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml
odvajanje blata:	<input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom
Prehrana/hidracija	hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč
	bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni
Spanje	<input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno
Krvni tlak	<input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno
Krvni sladkor	<input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno
	<input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____
INR	<input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno

Fizioterapija		
Fizioterapevtski status in ocena funkcijskega stanja	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ne
Pripravljen pran obravnave:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne

Delovna terapija		
Ocena funkcijskega stanja	<input type="checkbox"/> test DA	<input type="checkbox"/> ne
Pripravljen pran obravnave:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne

Socialna delavka		
Socialna anamneza/heteroanamneza	<input type="checkbox"/> opravljena	<input type="checkbox"/> ne
Načrt socialne pomoči:	<input type="checkbox"/> izdelan	<input type="checkbox"/> ni potreben

Psiholog				
Ocena psihičnega stanja	<input type="checkbox"/> opravljeno	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> delno	<input type="checkbox"/> ni izvedljivo
Načrt psihološke obravnave:	<input type="checkbox"/> izdelan	<input type="checkbox"/> ni potrebno	urnik	_____

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Socialna delavka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Psiholog		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

2. DAN (dan v tednu/ datum):		ODSTOPANJA
Medikamentna terapija		
po listi 'per os' prejel	<input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer	
parenteralno prejel	<input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena	tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
	ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
	anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje		
mikcije:	<input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml	
odvajanje blata:	<input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija		
hranjenje	<input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
bilanca tekočin	<input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje		
	<input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno	
Krvni tlak	<input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Krvni sladkor	<input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
	<input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____	
INR	<input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus...	<input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi...	<input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

3. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi 'per os' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> kompresijsko povijanje krna <input type="checkbox"/> vaje za splošno kondicijo in mišice krna: <input type="checkbox"/> skupina <input type="checkbox"/> individualno <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> po ravnem <input type="checkbox"/> po stopnicah <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> ppma <input type="checkbox"/> tulip limb <input type="checkbox"/> femoret <input type="checkbox"/> hoja ob opori: <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> bradla <input type="checkbox"/> brez opore <input type="checkbox"/> s protezo <input type="checkbox"/> začasno <input type="checkbox"/> dokončno <input type="checkbox"/> podkolensko <input type="checkbox"/> nadkolensko <input type="checkbox"/> drugo Učenje navlačenja proteze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> limfna drenaža <input type="checkbox"/> krna <input type="checkbox"/> preostalega sp. uda <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija, <input type="checkbox"/> biofeedback <input type="checkbox"/> presoterapija <input type="checkbox"/> vasotrain <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, trak)	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjске aktivnosti <input type="checkbox"/> vaje za moč <input type="checkbox"/> test i.v. <input type="checkbox"/> test pripomočkov za DA <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

4. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi 'per os' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> kompresijsko povijanje krna <input type="checkbox"/> vaje za splošno kondicijo in mišice krna: <input type="checkbox"/> skupina <input type="checkbox"/> individualno <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> po ravnem <input type="checkbox"/> po stopnicah <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> ppma <input type="checkbox"/> tulip limb <input type="checkbox"/> femoret <input type="checkbox"/> hoja ob opori: <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> bradla <input type="checkbox"/> brez opore <input type="checkbox"/> s protezo <input type="checkbox"/> začasno <input type="checkbox"/> dokončno <input type="checkbox"/> podkolensko <input type="checkbox"/> nadkolensko <input type="checkbox"/> drugo Učenje navlačenja proteze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> limfna drenaža <input type="checkbox"/> krna <input type="checkbox"/> preostalega sp. uda <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija, <input type="checkbox"/> biofeedback <input type="checkbox"/> presoterapija <input type="checkbox"/> vasotrain <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, trak)	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjske aktivnosti <input type="checkbox"/> vaje za moč <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	
Timski sestanek... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje <input type="checkbox"/> FIM	Vsi člani tima razen pacienta in dipl. ing ortotike in protetike

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

5. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi 'per os' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Vikendski odsotnost <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da Priprava <input type="checkbox"/> zdravil <input type="checkbox"/> sanitetnega materiala <input type="checkbox"/> podpis formularja	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> kompresijsko povijanje krna <input type="checkbox"/> vaje za splošno kondicijo in mišice krna: <input type="checkbox"/> skupina <input type="checkbox"/> individualno <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> po ravnem <input type="checkbox"/> po stopnicah <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> ppma <input type="checkbox"/> tulip limb <input type="checkbox"/> femoret <input type="checkbox"/> hoja ob opori: <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> bradla <input type="checkbox"/> brez opore <input type="checkbox"/> s protezo <input type="checkbox"/> začasno <input type="checkbox"/> dokončno <input type="checkbox"/> podkolensko <input type="checkbox"/> nadkolensko <input type="checkbox"/> drugo Učenje navlačenja proteze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> limfna drenaža <input type="checkbox"/> krna <input type="checkbox"/> preostalega sp. uda <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija, <input type="checkbox"/> biofeedback <input type="checkbox"/> presoterapija <input type="checkbox"/> vasotrain <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, trak)	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjske aktivnosti <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

6. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi 'per os' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> kompresijsko povijanje krna <input type="checkbox"/> vaje za splošno kondicijo in mišice krna: <input type="checkbox"/> skupina <input type="checkbox"/> individualno <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> po ravnem <input type="checkbox"/> po stopnicah <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> ppma <input type="checkbox"/> tulip limb <input type="checkbox"/> femoret <input type="checkbox"/> hoja ob opori: <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> bradla <input type="checkbox"/> brez opore <input type="checkbox"/> s protezo <input type="checkbox"/> začasno <input type="checkbox"/> dokončno <input type="checkbox"/> podkolensko <input type="checkbox"/> nadkolensko <input type="checkbox"/> drugo Učenje navlačenja proteze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> limfna drenaža <input type="checkbox"/> krna <input type="checkbox"/> preostalega sp. uda <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija, <input type="checkbox"/> biofeedback <input type="checkbox"/> presoterapija <input type="checkbox"/> vasotrain <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, trak)	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjske aktivnosti <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delavni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

7. DAN (dan v tednu/ datum):	
	ODSTOPANJA
Medikamentna terapija po listi 'per os' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno _____	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno Krvni sladkor <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____ INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> kompresijsko povijanje krna <input type="checkbox"/> vaje za splošno kondicijo in mišice krna: <input type="checkbox"/> skupina <input type="checkbox"/> individualno <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> po ravnem <input type="checkbox"/> po stopnicah <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> ppma <input type="checkbox"/> tulip limb <input type="checkbox"/> femoret <input type="checkbox"/> hoja ob opori: <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> bradla <input type="checkbox"/> brez opore <input type="checkbox"/> s protezo <input type="checkbox"/> začasno <input type="checkbox"/> dokončno <input type="checkbox"/> podkolensko <input type="checkbox"/> nadkolensko <input type="checkbox"/> drugo Učenje navlačenja proteze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> limfna drenaža <input type="checkbox"/> krna <input type="checkbox"/> preostalega sp. uda <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija, <input type="checkbox"/> biofeedback <input type="checkbox"/> presoterapija <input type="checkbox"/> vasotrain <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, trak)	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> učenje DA <input type="checkbox"/> učenje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjске aktivnosti <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov	
Timska vizita... <input type="checkbox"/> ocena napredka <input type="checkbox"/> načrt za nadaljevanje <input type="checkbox"/> FIM	Prisotnost: pacient, zdravnik fiziater, dipl. fizioterapevti, dipl. delovni terapevti, dipl. medicinska sestra, zdravstveni tehnik, dipl. inženir protetike in ortotike, socialni delavec, zdravnik internist.

OPRAVILI	Ime (TISKANO) / podpis	
Sestra / tehnik dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik popoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Sestra / tehnik ponoči		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS dopoldan		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Fizioterapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Delovni terapevt/ka		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
VMS v dežurstvu		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>
Zdravnik/ca		Ni odstopanj <input type="checkbox"/>

8. - 28. DAN	
Medikamentna terapija po listi 'per os' prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer parenteralno prejel <input type="checkbox"/> zjutraj <input type="checkbox"/> opoldan <input type="checkbox"/> zvečer <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Higiena tuširanje/kopanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč ustna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč anogenitalna nega <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč	
Odvajanje mikcije: <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> ni UZ zaostanek _____ ml <input type="checkbox"/> kateterizacija _____ ml odvajanje blata: <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> spontano <input type="checkbox"/> z odvajali <input type="checkbox"/> ni kljub odvajalom	
Prehrana/hidracija hranjenje <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> pomoč bilanca tekočin <input type="checkbox"/> potrebna <input type="checkbox"/> ni	
Spanje <input type="checkbox"/> bp <input type="checkbox"/> moteno	
Krvni tlak <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Krvni sladkor <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno <input type="checkbox"/> zjutraj _____ <input type="checkbox"/> opoldan _____ <input type="checkbox"/> zvečer _____	
INR <input type="checkbox"/> izmerjen _____ <input type="checkbox"/> ni potrebno	
Dekubitus... <input type="checkbox"/> ni <input type="checkbox"/> preveza... <input type="checkbox"/> preveza ni potrebna <input type="checkbox"/> laser	
Preiskave/izvidi... <input type="checkbox"/> nič <input type="checkbox"/> kri <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> drugo	
Bolečina v krnu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druga noga <input type="checkbox"/> drugo <input type="checkbox"/> ocena po VAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Fizioterapija <input type="checkbox"/> kompresijsko povijanje krna <input type="checkbox"/> vaje za splošno kondicijo in mišice krna: <input type="checkbox"/> skupina <input type="checkbox"/> individualno <input type="checkbox"/> trening hoje <input type="checkbox"/> po ravnem <input type="checkbox"/> po stopnicah <input type="checkbox"/> učenje hoje s pripomočkom <input type="checkbox"/> ppma <input type="checkbox"/> tulip limb <input type="checkbox"/> femoret <input type="checkbox"/> hoja ob opori: <input type="checkbox"/> bergle <input type="checkbox"/> hodulja <input type="checkbox"/> bradla <input type="checkbox"/> brez opore <input type="checkbox"/> s protezo <input type="checkbox"/> začasno <input type="checkbox"/> dokončno <input type="checkbox"/> podkolensko <input type="checkbox"/> nadkolensko <input type="checkbox"/> drugo Učenje navlačenja proteze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trening ravnotežja <input type="checkbox"/> dihalne vaje <input type="checkbox"/> limfna drenaža <input type="checkbox"/> krna <input type="checkbox"/> preostalega sp. uda <input type="checkbox"/> terapija z ES <input type="checkbox"/> terapija s FES <input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> termoterapija <input type="checkbox"/> krioterapija, <input type="checkbox"/> biofeedback <input type="checkbox"/> presoterapija <input type="checkbox"/> vasotrain <input type="checkbox"/> KV vaje (kolo, trak)	
Delovna terapija <input type="checkbox"/> trening DA <input type="checkbox"/> izvajanje aktivnosti prostega časa <input type="checkbox"/> gospodinjske aktivnosti <input type="checkbox"/> testiranje pripomočkov <input type="checkbox"/> svetovanje uporabe pripomočkov <input type="checkbox"/> svetovanje preureditve pac.doma	
Timska vizita odločitev o zaključku rehabilitacijskega programa <input type="checkbox"/> FIM	Prisotnost: pacient, zdravnik fiziater, dipl. fizioterapevti, dipl. delovni terapevti, dipl. medicinska sestra, zdravstveni tehnik, dipl. inženir protetike in ortotike, socialni delavec, zdravnik internist.

