

UPORABNIK

Ime in priimek	<input type="text"/>		
EMŠO	<input type="text"/>		
Stalno prebivališče	Ulica	<input type="text"/>	
	Kraj	<input type="text"/>	
	Poštna št. in kraj	<input type="text"/>	
Diagnoze	Primarna:	<input type="text"/>	
	Diagnoze napredovale bolezni:	<input type="text"/>	
	Ostale diagnoze:	<input type="text"/>	
Seznanjenost s prognozo	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Dosedanja terapija	Peroralna:	<input type="text"/>	
	Parenteralna:	<input type="text"/>	

BOLNIKOVO STANJE

Prekrižajte ustrezen kvadrataček pred oceno bolnikovega stanja.

Gibanje	<input type="checkbox"/> Normalno	<input type="checkbox"/> Delno oteženo	<input type="checkbox"/> Nepomičen/-a
Sluh	<input type="checkbox"/> Sliši	<input type="checkbox"/> Naglušen/-a	<input type="checkbox"/> Gluh/-a
Vid	<input type="checkbox"/> Vidi	<input type="checkbox"/> Slaboviden/-a	<input type="checkbox"/> Slep/-a
Pogovorljivost	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Negovalno-medicinski pripomočki	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Katere negovalno-medicinske pripomočke potrebuje bolnik/-ca?	<input type="text"/>		
Kisikova terapija	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Nosni kateter	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Kisikova maska	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	
Kontinenca	<input type="checkbox"/> Kontinenca	<input type="checkbox"/> Inkontinenca za urin	<input type="checkbox"/> Inkontinenca za blato

BOLNIKOVO STANJE

Odvajanje		
Urinski kateter	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Odvajalna stoma	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Dihalna stoma	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Spremembe na koži	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Prisotne spremembe na koži:	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 40px;"></div>	
Pomoč zdravstveno-negovalnega osebja pri življenjskih aktivnostih	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Oblike potrebne pomoči:	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 80px;"></div>	
Prehranjevanje in pitje	<input type="checkbox"/> Normalno	<input type="checkbox"/> Odstopanja
Dieta	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Vrsta diete:	<div style="background-color: #e0e0e0; height: 80px;"></div>	
Gastro stoma	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Nosna sonda za hranjenje	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Psihično stanje	<input type="checkbox"/> Orientiran/-a	<input type="checkbox"/> Delno orientiran/-a
		<input type="checkbox"/> Ni orientiran/-a
		<input type="checkbox"/> Nemir

IZVIDI BRISOV

Priložena mikrobiološka izvida sta obvezna (preiskavi opravljeni v zadnjih sedmih dneh pred sprejemom v Hišo LJUBhospica).

MRSA (koža, nos)	<input type="checkbox"/> Negativen	<input type="checkbox"/> Pozitiven
ESBL (danka)	<input type="checkbox"/> Negativen	<input type="checkbox"/> Pozitiven

STANJE ZMOGLJIVOSTI PO KARNOFSKY

- 100% samostojnost pri vseh življenjskih aktivnostih
- 90% občasni nadzor pri vseh življenjskih aktivnostih
- 80% potrebna motivacija pri vseh življenjskih aktivnostih
- 70% delna občasna pomoč pri opravljanju življenjskih aktivnostih
- 60% potrebuje pomoč pri težjih življenjskih aktivnostih
- 50% potrebuje znatno pomoč pri vseh življenjskih aktivnostih
- 40% popolna odvisnost pri vseh negovalnih in medicinskih pristopih
- 30% dodatna specifična zdravstvena nega
- 20% kontinuirani dodatni nadzor in prisotnost negovalnega osebja
- 10% proces umiranja

OCENA ZDRAVSTVENEGA STANJA

Opišite simptome napredovalne
bolezni pri bolniku/-ci:

Predvidena ocena preživetja

Drugo

Naziv ustanove

Kraj

Datum

Podpis

Žig