



Datum pošiljanja vloge: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum sprejema vloge: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**ODDELEK ZA NEAKUTNO BOLNIŠNIČNO OBRAVNAVO**

**PREDSTOJNIK ODDELKA:** Ludvik Kepe, dr. med., spec. fiziater

**GLAVNA MEDICINSKA SESTRA ODDELKA:** Marija Flisar, dipl .m .s

**Telefon:** 02/5123-397 (oddelek), 02/5123-465 (L. Kepe), 02/5123-338 ( M. Flisar)

**E-mail:** nbo@sb-ms.si

**Fax:** 02 5123/397 Fax tajništvo: 02 521 10 07

**VLOGA ZA NAMESTITEV NA  
ODDELEK ZA NEAKUTNO BOLNIŠNIČNO OBRAVNAVO**

Podaljšano bolnišnično zdravljenje (PBZ),  Negovalni odsek (NO, samo iz SBMS),  Paliativna oskrba (PO, samo iz SBMS)

**1. PODATKI O PACIENTU**

<b><u>Priimek in Ime</u></b>	VELIKA NALEPKA
Datuma rojstva	
Naslov	
<b><u>Bolnišnica</u></b>	
<b><u>Oddelek</u></b>	
<b><u>Lečeči zdravnik</u></b>	<b><u>Tel. št.</u></b>
<b><u>Odg. med. sestra</u></b>	<b><u>Tel. št.</u></b>

**2. PODATKI O SVOJCIH/SKRBNIKIH**

Svojci,  Skrbniki,  drugo: \_\_\_\_\_

Ime in priimek svojca/skrbnika: \_\_\_\_\_ telefon: \_\_\_\_\_

Sorodstveno razmerje: \_\_\_\_\_

Predvidena namestitev pacienta po odpustu iz NBO:

- v domače okolje  
 DSO (Vloga za DSO podana:  da,  ne)  
 ni predvidena

Socialna služba vključena :  da,  ne, kontaktna oseba: \_\_\_\_\_ telefon : \_\_\_\_\_

**3. PODATKI O ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

- Pacient ima urejeno zdravstveno zavarovanje  
 Pacient nima urejenega zdravstvenega zavarovanja (sprejem na NBO ni možen)

**Navodila ob premestitvi na NBO**

**Sprejem/premestitev pacienta na NBO je možen do 13.00.**

*Zahtevane priloge ob sprejemu so:*

- Napotnica ZZS ob sprejemu na PBZ
- Odpustno pismo
- Obvestilo o službi zdravstvene nege- premestitveni list



#### 4. PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU PACIENTA

Medicinske diagnoze:

---



---



---

Kratek opis poteka obravnave in stanja pacienta:

---



---

Vzrok za napotitev na NBO (mnenje lečečega zdravnika)

---



---

Pacienta z akutno parenteralno terapijo načeloma ne sprejemamo.

#### Kriteriji sprejema na NBO za paciente v akutni obravnavi

- Do namestitve na oddelek neakutne bolnišnične obravnave so upravičene zavarovane osebe, ki:
- so popolnoma ali delno odvisne od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in živijo same ter niso sposobne funkcioniranja v domačem okolju,
  - so v terminalni fazi kronične bolezni,
  - imajo obsežne kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje,
  - nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni možno odpustiti v domače okolje,
  - jih zaradi različnih zahtevnih zdravstvenih stanj ni možno odpustiti niti v domače okolje niti v socialnovarstveni zavod

#### Poročilo zdravstvene nege (Podatki o zmožnosti za samooskrbo po kategorizaciji ZN)

Ocena življenjskih aktivnosti	I (samostojen)	II (delno odvisen)	III (popolnoma odvisen)
Telesna mobilnost			
Osebna higiena			
Prehranjevanje			
Odvajanje			

#### Drugi podatki o pacientu

Stanje zavesti	<input type="checkbox"/> orientiran <input type="checkbox"/> delno orientiran <input type="checkbox"/> ni orientiran
Dihanje	<input type="checkbox"/> normalno <input type="checkbox"/> potreba po dovajanju kisika <input type="checkbox"/> traheostoma
Govorna 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 <input type="checkbox"/> blato <input type="checkbox"/> urin <input type="checkbox"/> vstavljen TUK
Rane	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> kronične <input type="checkbox"/> RZP <input type="checkbox"/> pooperativna rana <input type="checkbox"/> drugo:
Stoma	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da; lokacija:
Prisotnost MRSA in ESBL	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL datum zadnjega izvida:..... pozitiven : <input type="checkbox"/> koža <input type="checkbox"/> žrelo <input type="checkbox"/> nos <input type="checkbox"/> rektum <input type="checkbox"/> urin dekolonizacija <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> v poteku <input type="checkbox"/> zaključena

Pripomočki , ki jih pacient uporablja:

- Invalidski voziček  Bergle  Hodulja:  nizka  visoka  Ortoza

Posebnosti in pripombe:

---



---

Lečeči zdravnik (žig in podpis):

---