



PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA  
Gerontopsihiatrični oddelek  
Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija

## Klinična pot: Starostna depresija

Datum:

*Nalepka s podatki bolnika*

Izobrazba: \_\_\_\_\_

Leta šolanja: \_\_\_\_\_

### Kontaktna oseba:

\_\_\_\_\_, stanujoč/a: \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_.

**Sprejem:**       nujen       načrtovan sprejem       iz druge bolnišnice       drugi oddelek  
**Napotitev:**       osebni zdr.       urgentni zdr.       psihiater       drugi zdr.       brez napotnice

**Pristanek na zdravljenje:**       da (izjava)       ne (prijava)       opravilna nesposobnost

### Osnovne meritve:

TT: \_\_\_ kg, TV: \_\_\_ cm, temp.: \_\_\_ °C, RR: / , p.: min, oksigen.: %.

**Anamneza:**     

datum:

ZDR

**Heteroanamneza:**     

**Telesni pregled:**     

### Ocena potreb po zdravstveni negi:

datum:

DMS

**Ocena tveganja za padec:**       majhna       srednja       velika

**Kategorizacija:**       1.       2.       3.       4.

### Shranjevanje vrednostnih predmetov, dokumentov:

obdrži sam       odda svojcem       v administraciji       v bolnišnični sef

### Prehranjevanje in pitje:

DMS

Dieta:       da       ne       vrsta: \_\_\_\_\_

Apetit:       dober       slab       pretiran

Pri hranjenju je:       samostojen       potrebuje pomoč       potrebuje vzpodbudo

potrebuje nadzor       dohranjevanje       odklanja hrano

### Osebna higiena in preoblačenje:

samostojen       odvisen       potrebuje pomoč

potrebuje vzpodbudo       potrebuje nadzor

**Pri kopanju je:**

- samostojen                       odvisen                       potrebuje pomoč  
 potrebuje vzpodbudo             potrebuje nadzor

**Odvajanje blata:****Zadnja defekacija:****datum:****Kontinenca:**

- da                       ne                       delna

**Težave pri odvajanju:**

- da                       ne                       katere \_\_\_\_\_

**Uporaba odvajala:**

- da                       ne                       katera \_\_\_\_\_

**Izločanje urina:**  samostojen             odvisen             potrebuje pomoč**Spanje:**

- normalno                       težko zaspi             zbujanje tekom noči  
 zbujanje zgodaj zjutraj     nočni nemir             drugo \_\_\_\_\_

**Uporaba uspavala:**

- da                       ne

**Gibanje:**

- pokreten             slabo pokreten             nepokreten

**Potrebuje pomoč:**

- pri vstajanju     pri hoji                       pri gibanju v postelji

**Uporaba pripomočkov:**

- da                       ne                       vrsta: \_\_\_\_\_

**Dihanje:**

- normalno             posebnosti: \_\_\_\_\_

**Zavest:**

- normalna             odstopanja

**Funkcionalnost čutil (vid, sluh, vonj):**

- normalno                       posebnosti: \_\_\_\_\_

**Bolečina:**

- da                       ne                       lokacija \_\_\_\_\_

**Komunikacija:**

- jasen in razločen govor             počasen govor  
 nepovezan govor                       odgovarja z zamikom  
 ponavlja besede                       mutacizem  
 drugo \_\_\_\_\_

**Odnos do ljudi:**

- Sodelujoč:     da                       ne  
 Težko vzpostavi stik s posameznikom:             da                       ne  
 Težko se vključi v skupino:                       da                       ne  
 Pretirano se navezuje na posameznika:             da                       ne

**Ocena samooskrbe:**

- samostojen                       potrebuje vzpodbudo             potrebuje nadzor  
 potrebuje delno pomoč     potrebuje popolno pomoč

**Ocena socialnih potreb:****SD**

- Živi     sam                       s partnerjem     z otroci                       v zavodu             ostalo  
 Upokojenec                                       da                       ne                       pokojnina  
 Izdelava socialne anamneze                       da                       ne                       datum: \_\_\_\_\_  
 Razgovor s svojci                               da                       ne                       datum: \_\_\_\_\_  
 Dodatek za pomoč in postrežbo                       da                       ne                       že prejema  
 Pomoč na domu                                       da                       ne                       že urejena  
 Dnevno varstvo                                       da                       ne                       že urejena  
 Informiranje o skupinah za samopomoč             da                       ne  
 Skupine za svojece: Pisno vabilo                       da                       ne

**Delovno terapevtsko ocenjevanje:****datum:****DT**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMPS (assesment of motor and process skills) | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| <input type="checkbox"/> COPM   | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| <input type="checkbox"/> TEST DNEVNIH AKTIVNOSTI                      | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| <input type="checkbox"/> BARTHEL INDEKS                               | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| <input type="checkbox"/> drugo _____                                  |                             |                             |

**Preiskave:****ZDR**

- |  |                                      |                                     |                                      |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Biokemične preiskave</b>                              | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |
| <b>EKG</b>   | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |
| <b>Slikovne metode (CT, MRI)</b>                         | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |
| <b>Elektrofiziol. metode (EEG, EP)</b>                   | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |
| <b>Nevropsihološki pregled</b>                           | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |
| <b>Ščitniščni h., folna kislina, Vit. B<sub>12</sub></b> | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |
| <b>Internist</b>   | <input type="checkbox"/> pred sprej. | <input type="checkbox"/> opravljeno | <input type="checkbox"/> ni potrebno |

**KPSS****rezultat** \_\_\_\_\_**Test risanja ure:****rezultat** \_\_\_\_\_**Geriatrična lestvica depresivnosti (GDS):****rezultat** \_\_\_\_\_

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ste večinoma zadovoljni s svojim življenjem?                  | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Menite, da je vaše življenje prazno?                          | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Se bojite, da se vam bo pripetilo nekaj slabega?              | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Se večinoma počutite srečni?                                  | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ste opustili mnoge od svojih dejavnosti ali zanimanj?         | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Se pogosto počutite nemočni?                                  | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ste polni energije  | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ali menite, da imate več težav s spominom kote večina drugih? | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ali je večina ljudi bolj preskrbljenih kot vi?                | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ali menite, da je vaš položaj brezupen?                       | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ali ste raje doma, kot da greste ven in poskušate kaj novega  | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Se pogosto dolgočasite?                                       | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ali menite, da je čudovito živeti sedaj?                      | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Se v sedanjih okoliščinah počutite precej nevredni?           | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| Ste večinoma dobro razpoloženi?                               | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

- |                   |                                       |                                      |  |                                       |
|-------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <b><u>CGI</u></b> | <input type="checkbox"/> ni bolan     | <input type="checkbox"/> mejno bolan | <input type="checkbox"/> blago bolan     | <input type="checkbox"/> zmerno bolan |
|                   | <input type="checkbox"/> precej bolan | <input type="checkbox"/> hudo bolan  | <input type="checkbox"/> zelo hudo bolan |                                       |

**NPI**

rezultat \_\_\_\_\_

<i>Motnja</i>	<i>Frekvenca</i>	<i>Stopnja</i>	<i>FxS</i>
<b>Blodnje</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Halucinacije</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Agitiranost</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Depresija /disforija</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Anksioznost</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Privzdignjeno razpoloženje</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Apatija / ravnodušnost</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Razvrtost</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Razdražljivost / labilnost</b>	1 2 3 4	1 2 3	
<b>Nenavadno motorično vedenje</b>	1 2 3 4	1 2 3	

**Frekvenca:** 1- Manj kot enkrat tedensko, 2- približno enkrat tedensko, 3- večkrat tedensko, 4- skoraj vedno prisotno

**Stopnja:** 1- blaga (simptom je opazen, a le malo vpliva na vsakodnevno življenje), 2-zmerna (simptom je zelo očiten, negovalec lahko pomaga), 3-izrazita (simptom je zelo očiten, navadno se ne odzove na kakršnokoli posredovanje negovalca in je glavni vir stiske)

**Samomorilno vedenje**

<b>0. Brez samomorilnega vedenja</b>	razmišljal sem, da bi se ubil, če bi imel priložnost	1 2 3 4 5 6 7
<b>1. Želja po smrti</b>	kako enostavno bi bilo končati moje življenje	1 2 3 4 5 6 7
<b>2. Samomorilne misli</b>	da bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
<b>3. Samomorilne grožnje</b>	kako bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
<b>4. Samopoškodbeno vedenje</b>	kdaj bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
<b>5. Preprečen poskus</b>	kaj bi napisal v poslovilnem pismu	1 2 3 4 5 6 7
<b>6. Prekinjen poskus</b>	kdaj bi napisal oporoko	1 2 3 4 5 6 7
<b>7. Nevaren poskus</b>	kdaj bi ljudem povedal, da se nameravam ubiti	1 2 3 4 5 6 7

1- nikoli, 2- to misel sem že imel, vendar ne v zadnjem mesecu, 3- enkrat mesečno, 4- nekajkrat na mesec, 5- enkrat tedensko, 6- nekajkrat na teden, 7- skoraj vsak dan

Prijava samomorilnega poskusa:  datum: \_\_\_\_\_

Štev. samomorilnih poskusov v preteklosti: \_\_\_\_\_

Datum zadnjega: \_\_\_\_\_



## Klinična pot: Starostna depresija

PREGLED IN IZBOR TERAPEVTSKIH AKTIVNOSTI \_\_\_\_\_ dan

Klinične meritve: RR \_\_\_\_\_ ; utrip \_\_\_\_\_ ; T \_\_\_\_\_

DMS

Apetit:  dober  slab  pretiran

Pri izvajanju jutranje in večerne nege je:  samostojen  odvisen  potrebuje pomoč  
 potrebuje vzpodbudo  potrebuje nadzor

Spanje:  normalno  nespečnost

Uporaba uspavala:  da  ne

NPI: rezultat \_\_\_\_\_

Motnja	Frekvenca	Stopnja	FxS
Blodnje	1 2 3 4	1 2 3	
Halucinacije	1 2 3 4	1 2 3	
Agitiranost	1 2 3 4	1 2 3	
Depresija /disforija	1 2 3 4	1 2 3	
Anksioznost	1 2 3 4	1 2 3	
Privzdignjeno razpoloženje	1 2 3 4	1 2 3	
Apatija / ravnodušnost	1 2 3 4	1 2 3	
Razvrtost	1 2 3 4	1 2 3	
Razdražljivost / labilnost	1 2 3 4	1 2 3	
Nenavadno motorično vedenje	1 2 3 4	1 2 3	

**Frekvenca:** 1- Manj kot enkrat tedensko, 2- približno enkrat tedensko, 3- večkrat tedensko, 4- skoraj vedno prisotno

**Stopnja:** 1- blaga (simptom je opazen, a le malo vpliva na vsakodnevno življenje), 2-zmerna (simptom je zelo očiten, negovalec lahko pomaga), 3-izrazita (simptom je zelo očiten, navadno se ne odzove na kakršnokoli posredovanje negovalca in je glavni vir stiske)

Laboratorijske preiskave: \_\_\_\_\_ ZDR

Psihofarmakoterapija: \_\_\_\_\_ ZDR

**Delovnoterapevtska obravnava:**

DT, MS, SD

*Individualna obravnava*

*Skupinska obravnava*

- Fizioterapija
- Akt. za ohranjanje spoznavnih sposobnosti
- Akt. za ohranjanje funk. gibljivosti
- Trening dnevnih aktivnosti

- Socialne aktivnosti
- Akt. za ohranjanje spoznavnih s
- Akt. za ohranjanje funk. gibljivosti
- Glasbene aktivnosti
- Kreativne aktivnosti
- Bralne aktivnost
- Gospodinske aktivnosti
- Aktivnosti v bivalnem okolju
- Drobne terapevtske tehnike
- Terapevtska skupnost



## Klinična pot: Starostna depresija

### ODPUST BOLNIKA

datum: \_\_\_\_\_

**Odpustnica zdravnika:**

roke

datum: \_\_\_\_\_

osebnemu zdravniku

psihiatru

**Recepti:**

da

ne

**Informacija o zdravljenju:**

skrbnik

bolnik

**Odpustnica zdravstvene nege poslana:**  DU/SVZ

patronažna služba

**DMS**

**Priprava bolnika pred odpustom v skladu s postopkom ZN:**

da

ne

**Mnenje delovnega terapevta:**

da

ne

**Poročilo socialnega delavca:**

da

ne

**Kontrolni pregled:**

Geriatrična ambulanta

psihiater

osebni zdravnik

**Odpust:**

domov

v zavod

druga bolnišnica

umrl

Glavna diagnoza: \_\_\_\_\_ MKB: \_\_\_\_\_

Ostale diagnoze: \_\_\_\_\_ MKB: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MKB: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MKB: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MKB: \_\_\_\_\_

Šifra zdravnika: \_\_\_\_\_

Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_