



PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRIJA
Oddelek za zdravljenje odvisnosti
Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija

Klinična pot za alkoholno odtegnitveno stanje (z delirijem)

Datum:

Nalepka s podatki bolnika

ZDR

Podatki o svojih ali drugih pomembnih bližnjih:

_____, stanujoč/a: _____, tel. _____.

Zdravstveno zavarovanja: obvezno dodatno brez ZZS

Napotitev: osebni zdr. urgentni zdr. psihiater drugi zdr. brez napotnice

Sprejem: naročen nujni primer iz druge bolnišnice
Spremljajoča dokumentacija (napotnica, izvidi, ambulantni zapisnik,...) da ne

Anamneza: **Heteroanamneza:** **Somatski status:** **Psihični status:**

Klinična ocena odtegnitvenih znakov od alkohola

- | | | | |
|-----|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | slabost, bruhanje | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 2. | tremor | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 3. | znojenje | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 4. | anksioznost | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 5. | vznemirjenost (agitacija) | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 6. | motnje telesnega dotika | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 7. | motnje slušnega zaznavanja | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 8. | motnje vidnega zaznavanja | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 9. | glavobol in napetost v glavi | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 10. | orientacija in zavest | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |

Ocena alkoholiziranosti: _____ alkotest _____ %.

Zadnji vnos alkohola: _____

Predhodnje epizode alkoholne odtegnitve da, štev. _____ ne

Epileptični odtegnitveni napadi da, štev. _____ ne

Namestitev: oddelek za zdravljenje odvisnosti intenzivni psihiatrični oddelek

Laboratorijske preiskave:

- | | | |
|--|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> hemogram, | po potrebi: | <input type="checkbox"/> alfa amilaza |
| <input type="checkbox"/> hepatogram, | | <input type="checkbox"/> lipidogram |
| <input type="checkbox"/> urea, | | <input type="checkbox"/> urat |
| <input type="checkbox"/> kreatinin, | | <input type="checkbox"/> urin na druge PA snovi: |
| <input type="checkbox"/> elektroliti, | | <input type="checkbox"/> opiat |
| <input type="checkbox"/> SR | | <input type="checkbox"/> kokain |
| <input type="checkbox"/> CRP | | <input type="checkbox"/> amfetamini |
| <input type="checkbox"/> urin, | | <input type="checkbox"/> metadon |
| <input type="checkbox"/> urinski hitri test na BZO | | <input type="checkbox"/> kanabinoidi |

Dodatne preiskave:

Laboratorijske preiskave; hepatitis B hepatitis C tuberkulinski test HIV

Detoksikacija in zdravljenje odtegnitvenega stanja:

ZD

- diazepam _____ mg
- vitamin B1, B6 i. v.
- vitamini per os,

Zdravljenje komorbidnih duševnih motenj:

- anksiolitiki: _____
- antidepressivi _____
- hipnotiki _____
- antipsihotiki _____
- stabilizatorji razpoloženja, antiepileptiki _____

- Terapija telesnih bolezni** _____



Klinična pot za alkoholno odtegnitveno stanje (z delirijem)

PREGLED BOLNIKA IN IZBOR TERAPEVTSKIH AKTIVNOSTI _____ dan

KLINIČNE MERITVE

Čas (ura)									
RR									
Utrip									
Temperatura									
Alkotest (‰)									
Zavest									
Tremor									

Kontrolni laboratorijski izvidi po potrebi

- Elektroliti
- Hepatogram
- Hemogram
- Drugo

Detoksikacija in zdravljenje odtegnitvenega stanja:

ZD

- diazepam _____ mg
- vitamin B1, B6 i. v.
- vitamini per os.

- Druga psihiatrična terapija** _____
- Terapija telesnih bolezni _____

Spremljanje in pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti:

- Osebna higiena in oblačenje
- Prehrana
- Odvajanje
- Gibanje
- Varnost
- Spremljanje duševnega stanja bolnika, duševna podpora
- Spremljanje telesnega zdravja
- Drugo _____



Klinična pot za alkoholno odtegnitveno stanje (z delirijem)

ODPUST BOLNIKA _____

Datum: _____

1. V zdravljenje odvisnosti

- Nadaljevanje motivacijskega postopka za opustitev vseh PA snovi
- Vključitev v skupino

2. Premestitev zaradi zapletov:

- v drugo bolnišnico _____
- na psihiatrični oddelek _____

3. Odpust domov

Odpustnica zdravnika:

v roke

datum: _____

osebemu zdravniku

psihiatru

Recepti:

da

ne

Informacija o zdravljenju:

skrbnik

bolnik

Pogovor s svojci

da

ne

Odpustnica zdravstvene nege poslana: DU/SVZ

patronažna služba

DMS

Priprava bolnika pred odpustom v skladu s postopkom ZN:

da

ne

Poročilo socialnega delavca:

da ne

Kontrolni pregled:

ambulanta za zdravljenje odvisnosti

psihiater

osebni zdravnik

Glavna diagnoza: _____ MKB: _____

Ostale diagnoze: _____ MKB: _____

_____ MKB: _____

_____ MKB: _____

_____ MKB: _____

Šifra zdravnika: _____

Podpis zdravnika: _____