



Klinična pot: Demenca

Datum:

Nalepka s podatki bolnika

Kontaktna oseba:

_____, stanujoč/a: _____, tel. _____.

Sprejem: nujen načrtovan sprejem iz druge bolnišnice

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:

Nevrološki 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: _____

Konsistenca hrane: navadna pasirana kašasta tekoča

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 kohanju je:

- samostojen odvisen potrebuje pomoč
 potrebuje vzpodbudo potrebuje nadzor

Osebno higieno izvaja v:

- postelji kopalnici

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

- Kontinenca:** da ne delna
Težave pri odvajanju: da ne katere _____
Uporaba odvajala: da ne katera _____

Izločanje urina:**Pri izločanju je:**

- samostojen odvisen potrebuje pomoč

Izvajanje toaletnega treninga:

- da ne

Kontinenca:

- da ne delna

Uporaba pripomočkov: - podnevi

- da ne katere _____

- ponoči

- da ne katere _____

Težave pri izločanju:

- da ne kakšne _____

Spanje:

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

Uporaba uspavala:

- da ne

Izvajanje PVU:

- da ne

Omejevanje gibanja:

- v postelji v fotelju

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: _____

Koža in sluznica:

- normalna odstopanja _____

Znaki poškodb:

- da ne kakšni: _____

Kašelj:

- da ne vrsta _____

Bolečina:

- da ne lokacija _____

Edemi:

- da ne lokacija _____

Razjeda zaradi pritiska:

- da ne čas pojavljanja _____

- lokacija _____

- nega _____

- ocena rane _____

Rana:

- da ne lokacija _____

- ocena rane _____ nega _____

Bruhanje in navzea:

- da ne

Krvavitev:

- da ne lokacija _____

Komunikacija:

- jasen in razločen govor počasen govor

- nepovezan govor odgovarja z zamikom

- ponavlja besede mutacizem

- drugo _____

KPSS rezultat _____
Test risanja ure: rezultat _____

Geriatrična lestvica depresivnosti: rezultat _____

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

CGI ni bolan mejno bolan blago bolan zmerno bolan
 precej bolan hudo bolan zelo hudo bolan

Samomorilno vedenje

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

Prijava samomorilnega poskusa: datum: _____

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

PREGLED IN IZBOR TERAPEVTSKIH AKTIVNOSTI _____ . dan

Klinične meritve: RR _____ ; utrip _____ ; T _____

DMS

Apetit: dober slab pretiran
Pri hranjenju je: samostojen nesamostojen

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

Težave pri odvajanju: da ne katere _____
Uporaba odvajala: da ne katera _____
Izločanje urina: samostojen odvisen potrebuje pomoč
Spanje: normalno nespečnost
Uporaba uspavala: da ne
Izvajanje PVU: da ne
Omejevanje gibanja: v postelji v fotelju
Gibanje: pokreten slabo pokreten nepokreten

NPI: rezultat _____

<i>Motnja</i>	<i>Frekvenca</i>	<i>Stopnja</i>	<i>FxS</i>
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)

Zavest: orientiran neorientiran zmeden deliranten

Laboratorijske preiskave: _____ **ZDR**

Psihofarmakoterapija: _____ **ZDR**

Delovnoterapevtska obravnava:

DT, MS, SD

Individualna obravnava

Skupinska obravnava

- Senzorno motivacijska skupina
- Akt. za ohranjanje spoznavnih sposobnosti
- Akt. za ohranjanje funk. gibljivosti
- Učenje dnevnih aktivnosti
- Orientacija v realnost
- Fizioterapija

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

ODPUST BOLNIKA

datum: _____

Prijava hospitalnih infektov
Prijava stranskih učinkovdatum: _____ ni potrebno
datum: _____ ni potrebno
Ostale prijave _____**ZDR****MRSA** poz. neg. ni opravljeno**Odpustnica zdravnika:** roke datum: _____
 osebnemu zdravniku psihiatru**Recepti:** da ne
 skrbnik bolnik**Informacija o zdravljenju:****Odpustnica zdravstvene nege poslana:** DU/SVZ patronažna služba**DMS****Prilava 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: _____