

Služba za nabavo

nezdravstvenega materiala in storitev

Tel: 02/321 25 59

Fax: 02/321 25 22

TR: 01100-6030278185

ID za DDV: SI56644817

POVPRAŠEVANJE št.: PO1808-00370

Maribor, dne 28.05.2018

Skladišče: 08 SKLADIŠČE TEH. MATERIALA

Referent:

Poz.	Naziv artikla	Ident	Katalog, proizv.,STM	Em	Količina	Cena brez DDV	Vrednost brez DDV	% pop.	% ddv
1	IZKAZNICA AMBULANTNA	739995		KOS	200,000				
2	EVIDENČNI LIST OPAZOVANJA IN TERAPIJE OB 75 HU 002	100285		KOS	5.000,000				
3	IZDAJNICA A5 NCR TRANSFUZIJA (BLOK 50 KOS)	398403		KOS	5,000				
4	PRIPRAVA BOLNIKA NA PLANIRAN OP POSEG OB 75 KV 004	644269		KOS	3.000,000				
5	TISK. DEL. TERAPIJA - KARTON DELOVNE TERAPIJE Ob 75 M5 044	480142	1,	KOS	1.000,000				

**PONUDBO ODDATI DO 30.05.2018 DO 12:00 URE NA: nabava@ukc-mb.si in peter.leskovar@ukc-mb.si -
PLAČILO 60 DNI OD PREJEMA RAČUNA (9. in 20.člen ZIUFSZZ)**

Prosimo, da pri ponudbi upoštevate eventualni rabat in davek na dodano vrednost ter navedete številko povpraševanja.

Hvala in lep pozdrav!

Referent:
Peter Leskovar

Vodja nabave nezdr.mat.:
mag. Boris PETRE

100285

Evidenčni list opazovanja in terapije

RDEČI ORANŽNI
RUMENI
ZELENI MODRI

OSNOVNI PODATKI	IME / PRIIMEK / NALEPKA	Datum:	Ura:
		ALERGIJE:	
		AKT: DA NE	DIABETES: DA NE
	Vzrok opazovanja / težava / diagnoza:	Čas zadnje hrane:	tekočin:
	Karenca: DA NE		

VITALNI ZNAKI	MONITORING (obkrožiti): DA NE		Časovni interval (obkrožiti): kontinuirano / 1min / 5 min / 10 min / 1 ura / enkratno merjenje											
	URA													
	TLAK - RR (mmHg)													
	pulz (1/min)													
	SpO ₂ (%)													
	FD (dihanje) (1/min)													
	temperatura (°C)													
	ocena bolečine (VAS)													
	diureza													
kisik: DA NE <small>(način / l/min)</small>	i.v. kanal: DA NE <small>(lokacija/veikost/ura/para)</small>		urinski kateter: DA NE <small>(veikost/ura/para)</small>		NGS: DA NE <small>(ura/para)</small>									

aplikacija i.v. lekobin														
naročena zdravila														
posegi imobilizacija														
Diagnostične preiskave	laboratorij													
	transfuzija													
	RTG													
	CT													
	UZ													
	drugo													

terapija na domu		Zaključek (sprejem/odpust/napotitev):
		Zdravnik:

DT CILJI

IZPOSTAVLJENI PROBLEMI

DRUGO	
Vprašalnik dnevni aktivnosti:	OSA:
Samocentivni vprašalnik:	COPM:
DT intervju:	AMPS:

DT OCENJEVANJE:

Zelje in pričakovanja: _____

Interesi in hobiji: _____

Bivalno okolje: _____

Socialni stiki: _____

Vloge in navade: _____

Poklic: _____ Zaposlitev: _____

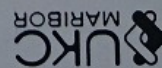
Drugi pomembni podatki: _____

IME IN PRIIMEK: _____

DATUM: _____ ODDELEK: _____ DELOVNI TERAPEVT: _____

KARTON DELOVNE TERAPIJE

Oddelk za psihatrijo
Delovna terapija



480142
157844

Nalepka pacenta

PAPIR 120g
A4

2 STRAN

PLAN OBRAVNAVE

SKUPINSKE AKTIVNOSTI

<input type="checkbox"/> Pogovorna / tematska skupina	<input type="checkbox"/> Komunikacijska skupina
<input type="checkbox"/> Biblioterapija	<input type="checkbox"/> Športna skupina
<input type="checkbox"/> Kreativna skupina	<input type="checkbox"/> Gibalno-izrazna terapija
<input type="checkbox"/> Likovna terapija	<input type="checkbox"/> Rekreativna skupina
<input type="checkbox"/> Skupina za načrtovanje aktivnosti	<input type="checkbox"/> Aktivnosti v naravi
<input type="checkbox"/> Družabna skupina	<input type="checkbox"/> Trening kognitivnih veščin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDIVIDUALNA OBRAVNAVA

DT EVALVACIJA

ZAKLJUČEK

PRILOGE: _____ DELOVNI TERAPEVT: _____

644269 3000 KOM



Univerzitetni
klinični center
Maribor

Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija
Tel.: 00386 2 321 10 00 Faks: 00386 2 331 23 93

Klinika za kirurgijo

PODATKI PACIENTA

klinika, oddelek _____
ime in priimek _____
datum in kraj rojstva _____
identifikacijska številka (šif. ZZS) _____
prebivališče _____

PRIPRAVA BOLNIKA NA PLANIRAN OPERATIVNI POSEG

Diagnoza: _____

PSIHIČNA PRIPRAVA BOLNIKA:

- Z BOLNIKOM JE MOŽNA KOMUNIKACIJA DA NE _____
- JE SEZNANJEN Z OP POSEGOM DA NE _____
- JE SEZNANJEN Z ANESTEZIJO DA NE _____
- JE DOBIL PREMEDIKACIJO DA NE _____
- POSEBNOSTI BOLNIKA (nemiren, ima bolečine, posebni položaj, ...)

FIZIČNA PRIPRAVA BOLNIKA:

- BOLNIK JE HIGIENSKO UREJEN
- IMA ZAPESTNICO S PODATKI
- PROTEZA: zobna _____ očesna _____ ostalo _____
- IMA UVEDENO: I. V. kanilo DA _____ NE _____
želodčno sondo DA _____ NE _____
urinski kateter DA _____ NE _____
drene DA _____ NE _____
ostalo _____

- UPOŠTEVANE SO POSEBNOSTI PREDOPERATIVNE PRIPRAVE DA NE
- MESTO IN STRAN OPERATIVNEGA POLJA JE OZNAČENO DA NE

UREJENOST BOLNIŠKE POSTELJE (higienska držala za urinske vrečke) DA NE

MEDICINSKA DOKUMENTACIJA: anestezijski list DA NE
napotnica DA NE
krvna grupa DA NE
soglasje na anestezijo in transfuzijo krvi DA NE
temperaturni list DA NE
druga naročena dokumentacija DA NE

Med. sestra, ki je prevzela: _____ predala bolnika: _____ ob uri: _____
Podpis: _____ Podpis: _____ ob uri: _____