

863882

1000

kon

A4

1518AH



Univerzitetni
klinični center
Maribor

INŠTITUT ZA FIZIKALNO IN REHABILITACIJSKO MEDICINO
DELOVNA TERAPIJA

POROČILO DELOVNE TERAPIJE

NEVROLOŠKI TEST

Ime in priimek: _____ Datum rojstva: _____

Diagnoza: _____

Napotni zdravnik: _____

Čas obravnave: _____

Izobrazba: _____

Interesi: _____

Zaposlen: _____

ZDRAVSTVENA ANAMNEZA :

FUNKCIONALNO STANJE:

ANALIZA GLAVNIH PROBLEMOV:

863 882 2 STRAN

555 555

NAČRT OBRAVNAVE:


POROČILO:

DELOVNA TERAPEVTKA: 1. _____ 2. _____

2000 KMH

101848 A4

1STERN

	OBRAZEC OPOMNIK ZA POMANJKLJIVOSTI POPISOV BOLEZNI	OB 75 HV 002
		Povezava: OP 75 HV 002
		Izdaja: 01
		Velja od: 25. 3. 2009
		Stran 1 od 2

Oddelek:

Nalepka pacienta:


Številka popisa:

		Da	Ne	Opomba
1	Podatki identifikacije pacienta			
2	Anamneza, ki vsebuje: glavno težavo, zaradi katere je pacient poiskal pomoč			
3	Podrobnosti sedanje bolezni			
4	Pomembne bolezni v preteklosti			
5	Socialna in družinska anamneza			
6	Spraševanje po organskih sistemih			
7	Povzetek pacientovih psihosocialnih potreb			
8	Zaključek ali vtis na podlagi anamneze in fizikalnega pregleda			
9	Izjava o načrtovanju pacientove oskrbe in občasen pregled načrta			
10	Diagnostična in terapevtska naročila			
11	Dokazi pravih pristankov pacienta po pojasnilu			
12	Zapisi sledenja zdravnikov in drugega pooblaščenega osebja			
13	Poročila konzultantov, kjer je to primerno			
14	Poročila o operacijah in drugih invazivnih procedurah, testih in njihovih rezultatih			
15	Poročila o diagnostičnih in terapevtskih procedurah, kot so poročila o biopsijah, laboratorijskih testih, slikovnih testih, itd.			
16	Poročila o donaciji ali prejemu transplantatov ali implantov			
17	Končna diagnoza/diagnoze			
18	Zaključek ob koncu hospitalizacije			
19	Povzetek ob odpustu			
20	Navodila pacientom in svojcem ob odpustu			
21	Rezultati avtopsijske, če je do nje prišlo			

Ime in priimek zdravnika	Podpis zdravnika	Datum
--------------------------	------------------	-------

Obrazec je obvezen del medicinske dokumentacije pacienta/ke.

Dokument je oblikovan računalniško. Na papir natisnjen dokument predstavlja kopijo. V primeru razlik med dokumenti, se uporabi izvirni dokument (elektronska ali overjena pisna verzija), ki je pri predstavniku vodstva za kakovost.

	OBRAZEC	OB 75 HV 002
	OPOMNIK ZA POMANJKLJIVOSTI POPISOV BOLEZNI	Povezava: OP 75 HV 002
		Izdaja: 01
		Velja od: 25. 3. 2009
		Stran 2 od 2

Navodila za izpolnjevanje	
1	Podatki identifikacije pacienta – obvezno nalepiti identifikacijsko nalepko ali vpisati njeno vsebino (ime in priimek, naslov, datum rojstva, identifikacijska številka dokumentacije)
2	Anamneza, ki vsebuje: glavno težavo, zaradi katere je pacient poiskal pomoč
3	Podrobnosti sedanje bolezni (podroben opis stanja, v katerem se pacient nahaja)
4	Pomembne bolezni v preteklosti
5	Socialna in družinska anamneza
6	Spraševanje po organskih sistemih (vpis anamneze ostalih organskih sistemov)
7	Povzetek pacientovih psihosocialnih potreb (obvezno ugotavljanje teh potreb pri vsakem pacientu)
8	Zaključek ali vtis na podlagi anamneze in fizikalnega pregleda (kratek opis vtisov in delovna diagnoza)
9	Izjava o načrtovanju pacientove oskrbe in občasen pregled načrta a) Načrtovanje oskrbe vsebuje načrtovanje oskrbe, zdravljenja in rehabilitacije tako, da so primerni pacientovim potrebam, resnosti bolezni, stanja ali motnje. Oskrba je načrtovana večpoklicno (večpoklicni tim: zdravnik, medicinska sestra, farmacevt, fizioterapevt, socialni delavec,...) in multidisciplinarno (multidisciplinarni tim sestavljajo poklici raznih strokovnih disciplin, npr. zdravnik specialist nevrolog, nevrokirurg, internist,...) Vsebinska evidentirana na temperaturnem listu zagotavlja sledljivost zdravstvene obravnave.
10	Diagnostična in terapevtska naročila (zdravnik odredi potrebno diagnostiko in terapijo, kar beleži na temperaturnem listu)
11	Dokazi pravih pristankov pacientov po pojasnilu (v pacientovi dokumentaciji so vse potrebne privolitve in izjave za seznanjenost, za zdravljenje, anestezijo, obveščanje o zdravstvenem stanju in obiskih)
12	Zapisi sledenja zdravnikov in drugega pooblaščenega osebja (člani tima, ki obravnavajo pacienta vsako svojo odredbo in izvedeno storitev evidentira in jo podpišejo na ustrezni dokumentaciji (s parafo na temperaturnem listu, negovalni dokumentaciji, klinični poti, ostalih obveznih in neobveznih sestavnih delih zdravstvene dokumentacije pacienta)
13	Poročila konzultantov, kjer je to primerno (zapisi o konziliarnih pregledih)
14	Poročila o operacijah in drugih invazivnih procedurah, testih in njihovih rezultatih
15	Poročila o medicinskih diagnostičnih in terapevtskih posegih, kot so poročila o biopsijah, laboratorijskih testih, slikovnih testih itd. (zdravnik mora preveriti naročene procedure z realiziranimi, ugotoviti rezultate, napisati ukrepe, spremljati učinkovanje ter se podpisati)
16	Poročila o donaciji ali prejemu transplantatov ali implantov. Popis bolezni mora vsebovati dokumentirane podatke o donaciji, prejemu transplantatov, pa tudi vse podatke o vstavljenih protezah, spodbujevalnikih in drugih vsadkih.
17	Končna diagnoza/diagnoze (obvezno izpolnjen list o končnih diagnozah ob odpustu pacienta iz bolnišnice. Če zdravnik čaka na izvide, mora rezultate vpisati naknadno v novo odpustnico, ki jo s komentarji pošlje pacientu. Prvotna odpustnica mora ostati nespremenjena).
18	Zaključek ob koncu hospitalizacije (obsega navodila ob odpustu, povzetek ob odpustu, zapis komunikacije s pacientom/svojem glede nadaljnje obravnave- ime, priimek, tel. št, naslov,...)
19	Povzetek ob odpustu (obsega razlog za hospitalizacijo, pomembne rezultate raziskav, diagnostične in terapevtske postopke, stanje pacienta ob odpustu, navodila izbranemu zdravniku za nadaljnjo obravnavo – zdravila, dieta, navodila za fizično aktivnost, načrt za sledenje,...).
20	Navodila pacientom/svojem ob odpustu oz. premestitvi (zdravnik napiše oz. preveri navodila).
21	Rezultati avtopsije, če je do nje prišlo

FIZIOTERAPEVTSKO POROČILO

Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo

SPREJEMNA FIZIOTERAPEVTSKA ANAMNEZA

Datum: _____

Programski bolnik ☐ Urgentni sprejem ☐ Premestitev iz oddelka ☐

DIAGNOZA: _____

DRUGE BOLEZNI: _____

MENTALNO STANJE: Orientiran ☐ Somnolenten ☐ Komatozen ☐

MOBILNOST: Normalna ☐ Omejena ☐ Drugo _____

DIHANJE: Normalno ☐ Oteženo ☐ Drugo _____

ORT. PRIPOMOČKI: Bergle ☐ Hodulja ☐ Inval. voz. ☐ Drugo _____

PRED OP. PRIPRAVA: Pisna in ustna navodila ☐

TESTI: Respiratorni test ☐ (spodb.spirometrija) _____ ml

Splošna kondicija: dobra ☐ zmerna ☐ slaba ☐

FIZIOTERAPIJA PO OP-ju

Datum: _____

SODELOVANJE BOLNIKA: Aktivno ☐ Spreminjajoče ☐ Pasivno ☐ Odklanja FTH ☐

SPL. STANJE BOLNIKA: Normalno ☐ Močno boleče ☐ Spreminjajoče ☐

Drugo _____

Fizioterapevtska obravnava:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TENS | <input type="checkbox"/> Hoja po stopnicah |
| <input type="checkbox"/> Aktivne vaje – individualne | <input type="checkbox"/> Vaje transferja |
| <input type="checkbox"/> Asistirane vaje | <input type="checkbox"/> Dihalne vaje |
| <input type="checkbox"/> Vaje za pridob.moči s pomočjo meh.pripom. | <input type="checkbox"/> Asistirano izkašljavanje |
| <input type="checkbox"/> PNF delni | <input type="checkbox"/> Zdravilni aerosol |
| <input type="checkbox"/> PNF celotni | <input type="checkbox"/> Vaje za vzdržlj. z uporabo meh.pripom. (spod. spirometer, flutter) |
| <input type="checkbox"/> Nameščanje ortopedske nogavice | <input type="checkbox"/> Fth za zmanjšanje edema (CPAP) |
| <input type="checkbox"/> Učenje vsedanja in vstajanja | <input type="checkbox"/> Vibracijska masaža |
| <input type="checkbox"/> Trening stoje in hoje | <input type="checkbox"/> Drugo _____ |

STATUS PO ZAKLJUČENI FTH

Datum: _____

MOBILNOST: Samostojen ☐ Potrebuje pomoč ☐ Ni mobilni ☐

DIHANJE: Normalno ☐ Oteženo ☐ Drugo _____

NOVI ORTOP. PRIPOMOČKI _____

101850 2 STRAN

TEST SPLOŠNE KONDICIJE

Datum: _____

TEST 6 MINUTNE HOJE:

ZAČET. SATO₂% ____ RR ____ PULS ____

2 MIN SATO₂% ____ RR ____ PULS ____

4 MIN SATO₂% ____ RR ____ PULS ____

6 MIN SATO₂% ____ RR ____ PULS ____

PREHOJENA RAZDALJA _____ m

TEST HOJE STOPNICE

TRI NADSTROPJA: BREZ NAPORA ☐

Z NAPOROM ☐

S POMOČJO ☐

NEZMOŽEN ☐

PREHOJENIH STOPNIC _____

OPOMBE: _____

Fizioterapevt: _____

Klinika za kirurgijo
 Oddelek za anesteziologijo, intenzivno terapijo in
 terapijo bolečin
 Perioperativna intenzivna terapija

865451 1000 kon

PODATKI PACIENTA

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

SPREJEMNI ZAPISNIK
IME IN PRIIMEK:

SPREJEMNI ZAPISNIK

DATUM IN URA SPREJEMA:
DATUM ROJSTVA:

A4, GLISTOV

STAROST:

SKUPAJ !!

I. GLAVNA DIAGNOZA (SPREJEM V UKC) IN VZROK SPREJEMA
GLAVNA DIAGNOZA: **ŠIFRA:**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dihalna stiska | <input type="checkbox"/> Motnje zavesti | <input type="checkbox"/> drugo: |
| <input type="checkbox"/> Akutna ledvična odpoved | <input type="checkbox"/> MOD | <input type="checkbox"/> Zapleti med op. |
| <input type="checkbox"/> Crikularna nestabilnost | <input type="checkbox"/> MOF | <input type="checkbox"/> Sepsa |
| <input type="checkbox"/> Politravma | <input type="checkbox"/> Zapleti pri anesteziji | <input type="checkbox"/> Šok |

II. ANAMNEZA
III. DODATNE DIAGNOZE IN DIAGNOZE V PERIOPERATIVNI INTENZIVNI TERAPIJI
APACHE II: **MISS:** **TIS:** **SSS:** **SAPS:** **NYHA:**

IV. OPERACIJA
OPERATER (odgovorni zdravnik): **ANESTEZIOLOG:**

101852

1000 km

LIST FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE-

travmatološko ortopedski tim

Prilimek in ime bolnika:

Datum rojstva:

Diagnoza:

Oddelek, Soba:

Zdravnik:

Začetek terapije:

Zaključek terapije:

Fizioterapevt:

Številka	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Štet.
86040 DD, F (2,25)																																
86689 TENS (2,25)																																
86215 magnetoterapija (2,25)																																
86310 faradizacija-Compex (2,25)																																
13621 meritve 1-os (1,50)																																
13622 meritve več-os (7,50)																																
86120 kiropraktura (2,25)																																
94502 aktivne vaje-indiv. (3,75)																																
94520 asistiranje vaje (3,00)																																
94601 pasivne vaje (1,50)																																
94302 PNF-delno (3,00)																																
94630 vaje skl.gibov s prip. kinet. (3,00)																																
94740 fth za zmanjšanje TAPE CPA (3,00)																																
94730 kardio, trening, posed. v postelji (3,38)																																
94701 korb, fth tehnik, navodila (4,50)																																
94540 vaje za vzdr. z mehan. pripom. (3,00)																																
87601 zdravljeni aerosol (1,74)																																
87120 asist. izkašljevanje (1,50)																																
94720 dihalne vaje (2,25)																																
94320 trening koordinacije (3,00)																																
94450 učenje vsedanja in vstajanja (1,50)																																
94430 trening stoji in hoje (2,25)																																
943301 učenje hoje z berglami (2,25)																																
94420 naravnava bergel (2,25)																																
94440 hoja po stopnicah (1,50)																																
95201 vaje transferja in DA (3,00)																																
93320 namešč. ort. nogav. povijanje nog (2,25)																																
93435 namešč. ortoz. za hrbt. (13,06)																																
94404 namešč. manjše ortoze (1,50)																																

Oddelek za pljučne bolezni

Začetek obravnave:
Zaključek obravnave:

LIST FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

Nalepka bolnika:

101854 1000 KON

Zdravnik:

Soba:

Diagnoza:

Storitev	dan:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	št. stor
12051 miš. st. orientacijski																																	
12052 miš. st. celotni																																	
17540 test motorič. funkcij																																	
94552 delna relaksacija																																	
94540 spodb. in centiv. spiro																																	
87601 zdravljenje s kisikom																																	
87120 asist. izkašljevanje																																	
87501 zdravlilni aerosol																																	
93301 učenje hoje z bežgaljo																																	
93321 povijanje ekstrem. kroga																																	
94530 vaje za krepitev mišic																																	
94302 PNF delni																																	
94320 trening koordinacije																																	
94420 naravnavanje berge																																	
94430 tren. stoje in hoje																																	
94440 hoja po stopnicah																																	
94450 učenje vsed. in vstaj.																																	
94502 aktivne vaje - ind. vstaj.																																	
94520 asistiranje vaje																																	
94601 pasivne vaje																																	
86120 krio terapija																																	
94701 komb. ft. tehn. priročnik																																	
94712 del. roč. masaž. tapat																																	
94720 dihalne vaje																																	
94730 KV reit. posed. v post																																	
94740 ft. za zman. edema																																	
94770 vibracijska masaža																																	
94780 UZ terapija																																	
87421 položajna drenaža																																	
96201 transfer ali DA																																	
94303 specifična nevroftih																																	
94540 v. za vzd. z meh. pl.																																	

FIZIOTERAPEVT

OB 75 SF 024

Povezava: OP 75 SF 001

Izdaja: 01

Z dne: 4. 2. 2013

Stran 1 od 1

101851

1000
KOH

Začetek obravnave : _____
Zaključek obravnave : _____
Op poseg : _____

Op poseb :

Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo

[illegible]

fizioterapevt: _____

datum: _____

Ime in priimek		Rojen/a:
Diagnoza		
Datum poškodbe	Poseg	
Pričetek fizioterap.	Zaključek fizioterapije	
Oddenek	Fiziater	

Opombe:	
<div style="border: 1px solid black; height: 400px; width: 100%;"></div>	
Fizioterapevt	Datum

Meritve sklepne gibljivosti	Sklep	Datum meritve		
gib				
VAS mirovanje				
VAS gibanje				
Podpis fizioterapevta				

[illegible]