

## EVIDENCA AKTIVNOSTI PRI apKOBP – KP

### 1. SPREJEM

PODATKI O PACIENTU:

IZPOLNI SPREJEMNI ZDRAVNIK ali zdravnik ob sprejemu na oddelek			INICIALKA (št. zdravnika)
1.	Poslabšanje KOPB	DA NE	
2.	Znana KOPB	DA NE	
3.	Vsaj enkrat letno poslabšanje KOPB v zadnjih 3 letih (ON-90 tč.14.1)	DA NE	
4.	Poizvedba o kajenju	DA NE	
5.	Poizvedba o pridruženih kroničnih boleznih	DA NE	
6.	Narejen laboratorij: KKS, elektroliti, KS, urea, kreatinin,CRP	DA NE	
7.	Izveden bronhodilatatorni test	DA NE	
8.	Izmerjena saturacija	DA NE	
9.	Izvedena PAAK	DA NE	
10.	Izmerjena frekvenca dihanja	DA NE	
11.	Izmerjena frekvenca srčnega utripa	DA NE	
12.	Izmerjen RR	DA NE	
13.	Posnet EKG (ali prinešen)	DA NE	
14.	Narejen RTG pc (ali prinešen)	DA NE	
15.	BMI izračunan (Teža v kg - višina v m <sup>2</sup> )	DA NE	
16.	Ocenjeno stanje zavesti	DA NE	
17.	Ocenjena teža poslabšanja KOPB (ON-90 tč.14.2.1,14.2.2 in 14.2.3)	DA NE	
18.	Ali izpolnjuje kriterije za sprejem (ON-90 tč.14.3)	DA NE	
<b>IZPOLNI SPREJEMNA MS ob sprejemu na oddelek</b>			Podpis MS
19.	Negovalna dokumentacija izpolnjena	DA NE	
20.	Napotni oddelek obvešččen	DA NE	
21.	Transport na odd. s kisikom	DA NE	

### Opomba:

odgovor v osenčenem polju zahteva obrazložitev v tabeli ODMIKI

## EVIDENCA AKTIVNOSTI PRI apKOBP – KP

### 2.a OBRAVNAVA NA ODDELKU

Datum in ura:		Datum:			Datum:			Datum:			Datum:			Datum:								
		Dan	1	2	3	...	Dan	1	2	3	...	Dan	1	2	3	...	Dan	1	2	3	...	
IZPOLNI ZDRAVNIK				INICIALKA (zdrav. št.)			INICIALKA (zdrav. št.)			INICIALKA (zdrav. št.)			INICIALKA (zdrav. št.)			INICIALKA (zdrav. št.)			INICIALKA (zdrav. št.)			INICIALKA (zdrav. št.)
22.	Telesni pregled	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
23.	Izmerjena frekvenca dihanja	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
24.	Pregled novih izvidov preiskav	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
25.	Predpis zdravil po smernicah (ON-90 tč.14.4)	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
26.	Potrebna prilagoditev odmerkov zdravil	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
27.	Preverjene interakcije med zdravili	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
28.	Bolnik ima predpisan teofilin	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
29.	Koncentracija teofilina izmerjena	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
30.	Bolnik potrebuje O2	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
31.	Bolnik potrebuje antibiotik (ON-90 tč.14.5)	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
32.	Bolnik potrebuje heparin (ON-90 tč.14.6)	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
33.	Naročena fizioterapija	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
34.	Naročena dietna intervencija	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
35.	Ali bolnik izpolnjuje kriterije za odpust (ON-90 tč.14.7)	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
36.	Ali oskrba ustreza bolnikovim pričakovanjem	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
<b>IZPOLNI MS</b>										<b>PODPIS MS:</b>												
37.	Ocena nevarnosti za razjedo zaradi pritiska	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
38.	Ocena ogroženosti zaradi padca	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
39.	Ocena stopnje zahtevnosti ZN	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
40.	Spremljanje vitalnih znakov	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
41.	Pouk o KOPB	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
42.	Odvajanje od kajenja	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
43.	Učenje in preizkus tehnike uporabe vdihovalnikov	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
44.	Zdravnik obveščen o spremembi stanja	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
45.	Potreben obisk dežurnega zdravnika	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
46.	Pričakujemo zaplete ob odpustu	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	
<b>IZPOLNI FIZIOTERAPEVT</b>																						
47.	Fizioterapija izvajana po planu	DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE		DA	NE	

**Opomba:**

**Odgovor v osenčenem polju zahteva obrazložitev v tabeli ODMIKI**

## EVIDENCA AKTIVNOSTI PRI apKOBP – KP

### 2.b PLJUČNI ODDELEK

#### PRED ODPUSTOM OPRAVITI/PREVERITI

IZPOLNI ZDRAVNIK			INICIALKA (št. zdravnika)
48.	Izmerjen BMI	DA NE	
49.	V zadnjem letu opravljena standardna ocena pljučne funkcije	DA NE	
50.	V zadnjem letu opravljen 6 minutni test hoje	DA NE	
51.	V zadnjem letu izračunan indeks BODE (ON-90 tč.14.9)	DA NE	
IZPOLNI MS			Podpis MS
52.	Vabljen na rehabilitacijo	DA NE	
53.	Opravil rehabilitacijsko zdravljenje	DA NE	
54.	Bolnik opravil šolo za TZKD	DA NE	
55.	Skrbnik opravil šolo za TZKD	DA NE	
56.	Potreba po patronažni službi	DA NE	
57.	Svojci obveščeni o odpuščanju	DA NE	
58.	Brez težav pri odpustu	DA NE	

#### ODPUST

Datum in ura:

IZPOLNI ZDRAVNIK			INICIALKA (št. zdravnika)
59.	Predpis zdravil za doma v skladu s smernicami (ON-90 tč.14.4)	DA NE	
60.	Predviden kontrolni pregled	DA NE	
61.	Priporočila za cepljenja	DA NE	
62.	Vključitev v program rehabilitacije	DA NE	
63.	Ocenjena težavnostna stopnja stabilne KOPB (ON-90 tč.14.8)	DA NE	
64.	V odpustnici je navedena serumska koncentracija teofilina	DA NE	
65.	Bolnik preverjeno obvlada tehniko vdihovalnikov	DA NE	
66.	V odpustnici so navedene poglobitve lastnosti priporočenih zdravil	DA NE	
IZPOLNI MS			Podpis MS
67.	Bolnik dobi odpustnico v roke	DA NE	
68.	Obvestilo poslano zdravstveni službi	DA NE	
69.	Ustna navodila za življenje z boleznijo doma podana bolniku	DA NE	
70.	Ustna navodila za življenje z boleznijo doma podana skrbniku	DA NE	
71.	Bolnik preverjeno obvlada tehniko vdihovalnikov	DA NE	

#### Opomba:

Odgovor v osenčenem polju zahteva obrazložitev v tabeli ODMIKI

