

**PREDLOG ZA PREMESTITEV PACIENTA NA PODALJŠANO BOLNIŠNIČNO
ZDRAVLJENJE (PBZ) V BOLNIŠNICO**

Pred izpolnjevanjem vloge si prosim preberite sprejemne kriterije za premestitev in sprejem na neakutno bolnišnično obravnavo.

I. PODATKI O PREDLAGATELJU PREMESTITVE

Datum vloge	
Ime bolnišnice/kliničnega oddelka (dopustna je uporaba žiga, iz katerega je razvidno ime predlagatelja)	
Telefonska številka	
Kontakti zdravnik	
Telefonska številka	

Predlagana premestitev	☐ PBZ – rehabilitacija geriatrične osebe ☐ PBZ
------------------------	---

II. OSEBNI PODATKI O PACIENTU (lahko nalepka s podatki bolnika, ki jih uporablja napotna bolnišnica)

Ime in priimek			
EMŠO		KZZ številka	
Naslov			

III. ZDRAVSTVENO STANJE PACIENTA (izpolni zdravnik)

Glavna diagnoza			
Dodatne diagnoze			
Datum in vrsta posega (če je bil opravljen)			
Zaključena diagnostika in uvedena terapija	☐ DA ☐ NE	Zdravstveno stanje stabilno	☐ DA ☐ NE
Kratek opis dosedanje zdravstvene obravnave:			
Zadnji laboratorijski izvidi (datum in vrednosti ali priložen izvid)			

Podatki o predvideni oz. trenutni medikamentozni terapiji:

(pomembno zaradi morebitnih dodatnih naročanj zdravil s katerimi Bolnišnica Sežana sicer ne razpolaga)

[illegible]

*V primeru antikoagulantne terapije: na dan sprejema jasno zapisati zdravilo in čas prejetega zadnjega odmerka.

Ime in priimek zdravnika:	Podpis:
---------------------------	---------

IV. **FUNCIONALNO STANJE IN REHABILITACIJSKI POTENCIAL** *(izpolni fizioterapevt)*

Opis funkcionalnega stanja:

Fizioterapija že poteka	☐ DA ☐ NE
Gibljivost in transferji	
Hoja/pripomočki	
Samostojnost pri dnevnih aktivnostih	
KPSS:	RBI ▪ Fizični del: ▪ Kognitivni del: ▪ Skupaj:
Mnenje fiziatra (potrebno za travmatološke in nevrokirurške bolnike) Ime priimek in podpis:	
Kratko pojasnilo rehabilitacijskih ciljev oz. pričakovanj:	☐ Po rehabilitaciji se pričakuje odpust domov ☐ Kandidat za nadaljevanje rehabilitacije v URI-Soča ☐ Kandidat za zdraviliško zdravljenje ☐ Drugo: _____

Ime in priimek fizioterapevta:	Podpis:
--------------------------------	---------

V. ZDRAVSTVENA NEGA IN SAMOOSKRBA (izpolni odgovorna dipl.med.s.)

Zmožnosti o samooskrbi:

	Samostojen	Delno odvisen	Popolnoma odvisen	Opombe
Sposobnost hoje	☐	☐	☐	
Osebna higiena	☐	☐	☐	
Osebno urejanje	☐	☐	☐	
Prehranjevanje	☐	☐	☐	
Opravljanje telesnih potreb	☐	☐	☐	
Stopnja zdravstvene nege:				

Drugi podatki o pacientu:

Senzorne in kognitivne sposobnosti		Opombe
Vid	☐ brez posebnosti ☐ oslavljen ☐ slepota	
Sluh	☐ brez posebnosti ☐ naglušnost ☐ gluhost	
Komunikacija	☐ zadovoljiva ☐ otežena ☐ ni možna ☐ Drugo	
Stanje zavesti	☐ orientiran ☐ delno orientiran ☐ ni orientiran	
Potrebuje nadzor	☐ DA ☐ NE	Razlog:
Izločanje in odvajanje		Opombe
Inkontinenca urina	☐ DA ☐ NE	
Urinski kateter	☐ DA ☐ NE	
Inkontinenca za blato	☐ DA ☐ NE	
Stoma	☐ DA ☐ NE	Vrsta/lokacija stome:
Prehranjevanje in pitje		Opombe
Vrsta diete		
Pot vnosa	☐ per os ☐ NGS/OGS ☐ PEG ali druga stoma ☐ parenteralno	(v primeru enteralne, parenteralne in/ali hranjenja po sondi dopisat ime medicinske prehrane)

Pacient ima prehranski načrt	☐ DA ☐ NE	<i>Če da, priložite ga k vlogi.</i>
Dihanje in stanje dihal		Opombe
Aplikacija kisika		
Traheostoma	☐ NE ☐ DA, s kanilo ☐ DA, brez kanile	
Aspiracija dihalnih poti	☐ DA ☐ NE	
Drugo		
Koža in rane		Opombe
Prisotnost RZP	☐ DA ☐ NE	Lokacija in stopnja:
Op. rana	☐ DA ☐ NE	Lokacija in vrsta:
Druge kožne spremembe		

Ime in priimek dipl. med. ses.:	Podpis:
---------------------------------	---------

VI. EPIDEMIOLOŠKI PODATKI

Za sprejem pacienta potrebujemo izvid vseh nadzornih brisov, ki niso starejši od 14 dni.
Vpišite zadnji datum odvzetega brisa in rezultat.

	Datum	Rezultat	Mesto odvzema
MRSA			
ESBL			
COVID			
Druge mikrobiološke preiskave:			

VIII. SOCIALNI STATUS IN NAČRT NAMESTITVE

Na dan dogovorjene premestitve bo del posredovane dokumentacije tudi podpisan obrazec (vzorec v prilogi), iz katerega bo razvidno, da pacient oz. njegov svojec soglaša s premestitvijo v Bolnišnico Sežana in s predvideno vrsto bolnišnične obravnave.

		Opombe
Svojci seznanjeni s premestitvijo	☐ DA ☐ NE	<i>Kontakt svojcev/razmerje do pac.:</i>
Namestitev po PBZ urejena	☐ DA ☐ NE ☐ v urejanju	
Po PBZ gre v domačo oskrbo	☐ DA ☐ NE ☐ obstaja možnost	

Po PBZ gre v socialno varstveno ustanovo	☐ DA ☐ NE ☐ obstaja možnost	<i>Ustanova:</i>
Oddana vloga	☐ DA ☐ NE	<i>Datum oddaje:</i>
Čaka na rehabilitacijo v drugi ustanovi	☐ DA ☐ NE	<i>Ustanova:</i>
Ime in priimek ter kontakt socialne delavke, če je bila vključena v obravnavo		

Pojasnila

Obrazec izpolnite s pomočjo računalnika. V primeru, tiskanega obrazca naj bo ta lahko berljiv in čitljiv (najraje z velikimi tiskanimi). Izpolnjeni obrazec pošljite na e-naslov: info@bsezana.si ali po pošti na naslov: Bolnišnica Sežana, Cankarjeva ulica 4, 6210 Sežana.

Vse rubrike morajo biti natančno in dosledno izpolnjene (če ni možno, opišite na koncu v opombah razlog za to), saj lahko samo tako komisija verodostojno in hitro presodi o primernosti in možnosti premestitve bolnika v Bolnišnico Sežana.

Posebna komisija odloča o sprejemu ali zavrnitvi in določi datum premestitve. Na podlagi opredeljenih kriterijev odloči tudi ali bo pacient sprejet v bolnišnično rehabilitacijsko nego ali na rehabilitacijsko obravnavo. Odločitev komisije je lahko povsem drugačna od predloga predlagatelja.

Predloge za premestitev obravnava posebna komisija vsak delovni dan (ponedeljek do vključno petek). Obvestilo o odločitvi komisije se pošlje predlagatelju najkasneje tri dni po obravnavi predloga. Pomanjkljivi predlog in predlog z nečitljivimi podatki bosta zavrnjena s pozivom, da se predlog dopolni oz. da se pošlje nov predlog s čitljivimi podatki.

V kolikor bo sprejem odobren in dogovorjen:

- Bolnik oz. svojci morajo biti pred premestitvijo v Bolnišnico Sežana seznanjeni o vrsti načrtovane obravnave in z njo soglašati (podpisano soglasje v prilogi).
- Ob premestitvi ali kasneje med samo obravnavo bolnika se zaradi spremembe zdravstvenega stanja vrsta obravnave lahko zamenja iz ene v drugo ali pa pride do premestitve bolnika iz NBO v ABO. Notranje premeščanje v okviru oddelka se izvaja iz epidemioloških razlogov in zaradi skladnosti glede na stanje bolnika.
- Ob premestitvi mora bolnik imeti popolno medicinsko dokumentacijo: odpustnico z uvedeno terapijo in dodatnimi navodili (predvsem čas danega zadnjega odmerka), napotnico za sprejem, negovalno dokumentacijo (premesitveni list zdravstvene nege s stanjem bolnika na dan premestitve), sveže laboratorijske izvide, izvide brisov nadzornih kužnin (MRSA, ESBL) ter kartico zdravstvenega zavarovanja.
- Pričakujemo da na dan premestitve pacient prejme potrebno terapijo in obroke ter da je pacient premeščen k nam do najkasneje 13.00 ure.

Kadar dogovor o premestitvi odpade, in sicer ne glede na razlog, mora predlagatelj o tem takoj obvestiti Bolnišnico Sežana.

»Kriteriji« in »Soglasje« so priloga.