

Dom zdravlja

IZVJEŠĆE/PLAN PATRONAŽNE SESTRE (PRODUŽENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI OSIGURANE OSOBE)

Šifra ustanove

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Osigurana osoba	Datum rođenja	Adresa
		Tel.:
Skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika
		Tel.:

SOCIJALNI STATUS OSIGURANE OSOBE

Koji oblik zdravstvene njege članovi kućanstva osigurane osobe ne mogu pružiti:

VREDNOVANJE PROVEDENE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

Početak zdravstvene njege u kući osigurane osobe (datum):	Odobreni postupci					Putu tjed.	Putu mjes.	Odobreni postupci					Putu tjed.	Putu mjes.	Ustanova/privatni zdravstveni radnik koji provodi zdravstvenu njegu:
	9	2	1	0	1			9	2	1	0	9			
	9	2	1	0	2			9	2	1	1	0			
	9	2	1	0	3			9	2	1	1	1			
	9	2	1	0	4			9	2	1	1	2			
	9	2	1	0	5			9	2	1	1	3			
	9	2	1	0	6			9	2	1	1	4			
	9	2	1	0	7			9	2	1	1	5			
	9	2	1	0	8										

Potreba za zdravstvenom njegom u kući:

<input type="checkbox"/> Nije više potrebna <input type="checkbox"/> Nastavak – manje postupaka <input type="checkbox"/> Nastavak – isti postupci <input type="checkbox"/> Nastavak – više postupaka	Obrazloženje
---	--------------

PONOVO UTVRĐIVANJE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

Opće stanje	Stanje svijesti	Aktivnost	Pokretnost	Inkontinencija		Prehrana	Unos tekućine
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Odmah reagira <input type="checkbox"/> Apatičan /zbunjen <input type="checkbox"/> Bez reakcije na podražaj <input type="checkbox"/> U komi	<input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> U kolicima <input type="checkbox"/> U krevetu	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	Urin: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Stolica: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Osrednja <input type="checkbox"/> Slaba <input type="checkbox"/> Ne jede	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitus DA NE		Druge rane DA NE		Specijalne potrebe			
Lokacija: Stupanj: Veličina: Procjena rizika po Norton skali:		Tip rane: Lokacija: Veličina: Starost rane: Kratak opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonealna dijaliza <input type="checkbox"/> Pomagalo za respiratorni sustav <input type="checkbox"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <input type="checkbox"/> Drugo _____			

Datum prijedloga: _____

Patronažna med. sestra _____