

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):	DTP	Put tjed.	Put mjes.	DTP	Put tjed.	Put mjes.	Ustanova/privatni zdravstveni radnik koji provodi zdravstvenu njegu:
	<b>NJEGA1</b>			<b>NJEGA5</b>			
	<b>NJEGA2</b>			<b>NJEGA6</b>			
	<b>NJEGA3</b>			<b>NJEGA7</b>			
	<b>NJEGA4</b>			<b>NJEGA8</b>			

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 <hr/> <input type="checkbox"/> Pomagalo za urogenitalni sustav <hr/> <input type="checkbox"/> Drugo _____		

Datum prijedloga: \_\_\_\_\_

Patronažna med. sestra \_\_\_\_\_