

ODDELEK:
DATUM in URA SPREJEMA:

Podatki o pacientu - NALEPKA

PODATKI O SVOJCIH
Ime in priimek:
Sorodstveno razmerje : ☐ Žena ☐ Mož ☐ Sin ☐ Hči ☐ Skrbnik ☐ Partner

☐ CSD ☐ Ostali:

Telefonska številka:

Pacient sprejet	<input type="checkbox"/> Od doma <input type="checkbox"/> Iz socialno varstvene ustanove <input type="checkbox"/> Drugo:
Vrsta sprejema	<input type="checkbox"/> Urgentni <input type="checkbox"/> Planiran
Spremistvo	<input type="checkbox"/> Brez spremitva <input type="checkbox"/> Svojci <input type="checkbox"/> Zdravstveno osebje <input type="checkbox"/> Reševalec <input type="checkbox"/> Drugi:
Po končanem zdravljenju bo pacient odpuščen	<input type="checkbox"/> V domačo oskrbo <input type="checkbox"/> V domsko oskrbo <input type="checkbox"/> Ni mogoče predvideti
Pacient z visokim tveganjem	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da

OSEBNE STVARI / DRAGOCENOSTI	
Pacient ima obleko in dragocenosti	<input type="checkbox"/> Na oddelku <input type="checkbox"/> Odnegli svojci <input type="checkbox"/> V sprejemni kopalnici <input type="checkbox"/> V trezorju
KZZ	<input type="checkbox"/> Nima <input type="checkbox"/> Odnegli svojci <input type="checkbox"/> Da/pri pacientu <input type="checkbox"/> Da/na oddelku
Zobna proteza	<input type="checkbox"/> Nima <input type="checkbox"/> Da /zgornja <input type="checkbox"/> Da /spodnja
Slušni aparat	<input type="checkbox"/> Nima <input type="checkbox"/> Nima s seboj <input type="checkbox"/> Da /levi <input type="checkbox"/> Da/desni
Osebnosti stvari, ki jih ima pacient pri sebi:	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Računalnik <input type="checkbox"/> Osebna zdravila <input type="checkbox"/> Očala <input type="checkbox"/> Denar/dragocenosti:

STANJE PACIENTA OB SPREJEMU	
KOLONIZACIJA	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da-katera: Nadzorne kužnine odvzete <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da-katere: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESKB <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> VRE
DIHANJE	<input type="checkbox"/> Normalno <input type="checkbox"/> Odstopanja / <input type="checkbox"/> Kisik: <input type="checkbox"/> Trahealna kanila <input type="checkbox"/> Plevralna drenaža (<input type="checkbox"/> L / <input type="checkbox"/> D)
PREHRANA	Dieta <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da: KS sensor <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da Vnos hrane <input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Karenca <input type="checkbox"/> Parenteralna <input type="checkbox"/> Motnje požiranja
IZLOČANJE	Defekacija <input type="checkbox"/> Normalna <input type="checkbox"/> Inkontineca blata <input type="checkbox"/> Obstipacija <input type="checkbox"/> Diareja <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Stoma: _____
	Izločanje urina <input type="checkbox"/> Normalno <input type="checkbox"/> Inkontineca urina <input type="checkbox"/> Brez diureza - HD
	<input type="checkbox"/> UK vstavljen za nadzor diureza Datum: _____ Vstavljen na: <input type="checkbox"/> UC <input type="checkbox"/> Oddelku
	<input type="checkbox"/> Silikon <input type="checkbox"/> Silikolateks <input type="checkbox"/> Lateks Ch: <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 Predvidena menjava: _____
GIBANJE	<input type="checkbox"/> Nefrostoma <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> D Menjava vrečke: _____ <input type="checkbox"/> Cistostoma Menjava vrečke: _____
	<input type="checkbox"/> Samostojen <input type="checkbox"/> Delno pokreten <input type="checkbox"/> S spremstvom <input type="checkbox"/> Otežena hoja <input type="checkbox"/> Nepokreten <input type="checkbox"/> Hemiplegija = <input type="checkbox"/> L / <input type="checkbox"/> D Padec doma <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da
HIGIENA	Izvajanje <input type="checkbox"/> Samostojen <input type="checkbox"/> Delna pomoč <input type="checkbox"/> Popolna pomoč
STANJE KOŽE	<input type="checkbox"/> Ni poškodb kože in ran
	<input type="checkbox"/> Kirurška rana Lokacija: _____
	<input type="checkbox"/> Kronična rana <input type="checkbox"/> Golenja razjeda <input type="checkbox"/> Diabetično stopalo <input type="checkbox"/> Maligna rana Lokacija: _____
	<input type="checkbox"/> PZP <input type="checkbox"/> 1. stopnja <input type="checkbox"/> 2. stopnja <input type="checkbox"/> 3. stopnja <input type="checkbox"/> 4. stopnja <input type="checkbox"/> Nedoločljiva stopnja – globina neznana <input type="checkbox"/> Sum na globoko poškodbo tkiva – globina neznana Lokacija: _____
ZAVEST	<input type="checkbox"/> Ni motena <input type="checkbox"/> Zmedenost <input type="checkbox"/> Somnolenca <input type="checkbox"/> Apatičnost <input type="checkbox"/> Zamračenost <input type="checkbox"/> Deliriji <input type="checkbox"/> Koma
KOMUNIKACIJA	<input type="checkbox"/> Možna <input type="checkbox"/> Smiselna <input type="checkbox"/> Ni možna <input type="checkbox"/> Nesmiselna <input type="checkbox"/> Gluhonemost <input type="checkbox"/> Nerazumevanje jezika
BOLEČINA	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da - Lokacija: _____ VAS ____/10
ALERGIJA	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da - na kaj: _____ <input type="checkbox"/> Podatek pridobljen iz zdravstvene dokumentacije <input type="checkbox"/> Podatka ni mogoče pridobiti
POSEBNOSTI	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da - katere: _____
PACIENTOVA TERAPIJA	Terapija: _____ <input type="checkbox"/> Pacient ne pozna svoje terapije
	_____ <input type="checkbox"/> Pacientova terapija vpisana v B21 ob sprejemu
	_____ <input type="checkbox"/> Priložen izpis DSO dokumentacije

Datum:	Ura:	Podpis med. sestre:
---------------	-------------	----------------------------

Dokument je obvladovan v aplikaciji BusinessConnect, kjer sta razvidni njegova veljavnost in zadnja verzija.

Obrazec: Sprejemni dokument zdravstvene nege, načrtovanje in odpust

Oznaka: SMP OP-1 OB-5, Verzija: 6, Velja od: 18. 12. 2025

Stran 1 od 2

NAČRTOVANJE ODPUSTA

V NAČRTOVANJE ODPUSTA VKLJUČENI			
<input type="checkbox"/> Socialna služba – DSO	Datum oddane vloge:	<input type="checkbox"/> Socialna služba - PBZ	Datum oddane vloge:
<input type="checkbox"/> Zdraviliško zdravljenje	Datum oddane vloge:	<input type="checkbox"/> Paliativni tim	Datum poziva:
<input type="checkbox"/> Center za socialno delo	Datum poziva:	<input type="checkbox"/> Drugo:	Datum poziva:

IZOBRAŽEVANJE PACIENTA in SVOJCEV			
<input type="checkbox"/> Aplikacija terapije	<input type="checkbox"/> Oskrba rane	<input type="checkbox"/> Bolnišnične okužbe (MRSA, ESBL,...)	<input type="checkbox"/> Prehrana
<input type="checkbox"/> Sladkorna bolezen	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Rehabilitaciji in nadaljnje aktivnosti	<input type="checkbox"/> Drugo:

V IZOBRAŽEVANJE VKLJUČENI					
<input type="checkbox"/> Klinični dietetik	<input type="checkbox"/> Fizioterapevt	<input type="checkbox"/> Delovni terapevt	<input type="checkbox"/> Paliativni tim	<input type="checkbox"/> Enterostomalni terapevt	<input type="checkbox"/> Drugi:
PISNA NAVODILA <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Da - katera:					

STANJE PACIENTA OB ODPUSTU						
Psihično stanje	Gibanje	Med. teh. pripomoček	Prehranjevanje	Odvajanje	Stanje kože	Žilni katetri
<input type="checkbox"/> Orientiran	<input type="checkbox"/> Samostojen	<input type="checkbox"/> Brez	<input type="checkbox"/> Per os	<input type="checkbox"/> Kontinenten	<input type="checkbox"/> Brez rane	<input type="checkbox"/> Brez katetra
<input type="checkbox"/> Neorientiran	<input type="checkbox"/> Delna pomoč	<input type="checkbox"/> Bergle	<input type="checkbox"/> Hranilna sonda	<input type="checkbox"/> Inkontinenca urina	<input type="checkbox"/> Kirurška rana	<input type="checkbox"/> VAP
	<input type="checkbox"/> Hoja s pripomočki	<input type="checkbox"/> Hodulja	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Inkontinenca blata	<input type="checkbox"/> Kronična rana	<input type="checkbox"/> PICC
	<input type="checkbox"/> Nepokreten	<input type="checkbox"/> Voziček	<input type="checkbox"/> Parenteralno	<input type="checkbox"/> TUK	<input type="checkbox"/> PZP	<input type="checkbox"/> OVK
		<input type="checkbox"/> Steznik		<input type="checkbox"/> Črevesna stoma	<input type="checkbox"/> Epiziotomija	<input type="checkbox"/> Midline kateter
		<input type="checkbox"/> TZKD		<input type="checkbox"/> Nefro stoma		<input type="checkbox"/> HD kateter
				<input type="checkbox"/> Cisto stoma		

OSEBNE STVARI / DRAGOCENOSTI	
<input type="checkbox"/> Osebnosti prevzete iz sprejemne kopalnice <input type="checkbox"/> Dragocenosti prevzete iz trezorja <input type="checkbox"/> Ima pacient pri sebi	
Osebnosti/dragocenosti, ki jih je imel pacient pri sebi	
<input type="checkbox"/> KZZ <input type="checkbox"/> Zobna proteza <input type="checkbox"/> Slušni aparat <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Računalnik <input type="checkbox"/> Osebnosti zdravila <input type="checkbox"/> Očala <input type="checkbox"/> Denar/ dragocenosti:	

ODPUST PACIENTA			
Pacient odpuščen v	<input type="checkbox"/> Domačo oskrbo	<input type="checkbox"/> DSO	<input type="checkbox"/> PBZ
Pacient odpuščen z	<input type="checkbox"/> Zdravilišče	<input type="checkbox"/> Premestitev-kam:	<input type="checkbox"/> Premestitev-kam:
Spremljevalstvo	<input type="checkbox"/> Odpustnim pismom	<input type="checkbox"/> Začasno odpustnico	
	<input type="checkbox"/> Brez spremljevalstva	<input type="checkbox"/> Svojci	<input type="checkbox"/> Drugi:
	<input type="checkbox"/> Odvoz z reševalnim vozilom	Naročen ura:	Kam:
Datum:	Ura odhoda/odvoza:		

O ODPUSTU OBVEŠČENI			
<input type="checkbox"/> Svojci	<input type="checkbox"/> Patronažna medicinska sestra (SMP OP-1 OB-30)	<input type="checkbox"/> DSO (SMP OP-1 OB-3)	<input type="checkbox"/> Drugi:
Datum:	Ura:	Podpis medicinske sestre:	

AKTIVNOSTI OB SMRTI PACIENTA		
<input type="checkbox"/> Datum ura smrti:	<input type="checkbox"/> Obveščen zdravnik (kdo, ura):	
<input type="checkbox"/> Prijava smrti v B21	<input type="checkbox"/> Poročilo o smrti	<input type="checkbox"/> Vzožni listek nameščen
<input type="checkbox"/> Obveščeni svojci (kdaj, ura, kdo):		
<input type="checkbox"/> Obveščen DSO (kdaj, ura):		<input type="checkbox"/> Obveščen obdukcijski pomočnik (ura):
<input type="checkbox"/> Osebnosti pokojnika (SMP OP-1 OB-23)	<input type="checkbox"/> KZZ oddana s pokojnikom	<input type="checkbox"/> Pacient ni imel KZZ
Pokojnik odpeljan: <input type="checkbox"/> Iz oddelka <input type="checkbox"/> V vežico		
Datum:	Ura:	Podpis med. sestre: