



URG OP 001 OB01 Terapevtski list – Načrt zdravstvene nege pacienta, V001, veljavnost od 12. 5. 2017

DATUM IN URA SPREJEMA: _____

ŽIG IN PODPIS ZDRAVNIKA:

ŠIFRA

ALERGIJE	DIETA	KOLONIZACIJA <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> CR DRUGO _____	TELESNA TEŽA (kg)
----------	-------	--	-------------------

[illegible][illegible][illegible]

OVIRNICE

☐ DA
 ☐ NE

URA _____

PODPIS ZDRAVNIKA _____

ODHOD: DATUM IN URA _____

☐ ODD _____
☐ DOMOV _____

PODPIS MS _____

I.V. KANAL	DA LOKACIJA _____ OPAZOVANJE* _____	NE	UVEDEN <input type="checkbox"/> INP <input type="checkbox"/> SNMP <input type="checkbox"/> KNP <input type="checkbox"/> DRUGO _____	OPOMBE
TUBUS	DA ŠTEVILKA _____ GLOBINA _____	NE	INTUBACIJA <input type="checkbox"/> INP <input type="checkbox"/> SNMP <input type="checkbox"/> KNP <input type="checkbox"/> DRUGO _____	
URINSKI KATETER	DA ŠTEVILKA _____	NE	UVEDEN <input type="checkbox"/> INP <input type="checkbox"/> SNMP <input type="checkbox"/> KNP <input type="checkbox"/> DRUGO _____	
NGS	DA ŠTEVILKA _____	NE	UVEDENA <input type="checkbox"/> INP <input type="checkbox"/> SNMP <input type="checkbox"/> KNP <input type="checkbox"/> DRUGO _____	

* STOPNJA

0 - ni znakov vnetja
1 - rahla bolečina, rdečina ob i.v.k.
2 - bolečina, rdečina, oteklina ob i.v.k.
3 - bolečina, rdečina, oteklina vzdolž i.v.k.
4 - bolečina, rdečina, oteklina razširjena na celo okončino

UKREPI

0 - opazovanje i.v.k.
1 - opazovanje i.v.k.
2 - odstranitev i.v.k., obkladek
3 - odstranitev i.v.k., obkladek
4 - odstranitev i.v.k., obkladek

	NEGOVALNA DIAGNOZA	NAČRT ZN		IZVEDBA			OPAŽANJA
OSEBNA HIGIENA	<div><input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (osebna higiena)</div> <div><input type="checkbox"/> Deficit v samonegi (oblačenje, slačenje)</div>	Ustna nega	DP PP				
		Jutranja nega	DP PP				
		Anogenitalna nega	DP PP				
		Menjava plenice	DP PP				
		DRUGO					
HRANJENJE	<div><input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega hranjenja</div> <div><input type="checkbox"/> Ne zadosten vnos hrane in tekočine</div>	Hranjenje pacienta per os, NGS	DP PP				
		DRUGO					
DIHANJE	<div><input type="checkbox"/> Neučinkovito dihanje</div> <div><input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega čiščenja dihalnih poti</div>	Aspiracija skozi usta/nos, tubus/kanilo					
		Oskrba dihalne kanile					
		Dvignjeno vzglavje					
GIBANJE	<div><input type="checkbox"/> Nezmožnost samostojnega gibanja</div> <div><input type="checkbox"/> Slaba fizična mobilnost</div>	Posedanje					
		Vstajanje, povijanje nog					
		Obračanje URE:	DP PP	LB DB H	LB DB H	LB DB H	
VARNOST	<div><input type="checkbox"/> Nevarnost za padec</div>	Namestitev varnostne ograjice					
		Monitor	DA NE				
KATEGORIZACIJA ZN:			PODPIS MS:				