



Ime in priimek: \_\_\_\_\_ (Šifra:) \_\_\_\_\_ prvi pregled   
Datum rojstva: \_\_\_\_\_ Spol: Ž  M  Let šolanja: \_\_\_\_\_ ponovni pregled

Napotitev:	Že pregledan pri:	Živi:
1 - osebni zdravnik	1 - splošnem zdravniku	1 - sam
2 - urgentni zdravnik	2 - psihiatru	2 - s partnerjem
3 - psihiater	3 - nevrologu	3 - z otroki
4 - nevrolog	4 - psihologu	4 - s partnerjem in otroki
5 - drugi zdravniki	5 - drugje	5 - z drugimi sorodniki
6 - brez napotitve	6 - nikjer	6 - v zavodu
8 - ostalo	8 - ostalo	8 - ostalo
9 - ni podatka	9 - ni podatka	9 - ni podatka

### Že predpisana medikamentozna terapija (zdravilo, odmere)

Psihiatrična: \_\_\_\_\_

Druga: \_\_\_\_\_

Ocena jemanja zdravil: 1 - redno, 2 - neredno, nenamerno, 3 - neredno, namerno, 4 - opustil/a

Za jemanje zdravil skrbi: 1 - večinoma sam/a, 2 - delno sam/a, 3 - večinoma bližnji, 4 - strokovni delavci

### Klinična ocena

Geriatrska lestvica depresivnosti (GDS): \_\_\_\_\_ ni smiselno

Ste večinoma zadovoljni s svojim življenjem?	da	ne
Menite, da je vaše življenje prazno?	da	ne
Se bojite, da se vam bo pripetilo nekaj slabega?	da	ne
Se večinoma počutite srečni?	da	ne
Ste opustili mnoge od svojih dejavnosti ali zanimanj?	da	ne
Se pogosto počutite nemočni?	da	ne
Ste polni energije?	da	ne
Ali menite, da imate več težav s spominom kot večina drugih?	da	ne
Ali je večina ljudi bolje preskrbljenih kot vi?	da	ne
Ali menite, da je vaš položaj brezupen?	da	ne
Ali ste raje doma, kot da greste ven in poskušate kaj novega?	da	ne
Se pogosto dolgočasite?	da	ne
Ali menite, da je čudovito živeti sedaj?	da	ne
Se v sedanjih okoliščinah počutite precej nevredni?	da	ne
Ste večinoma dobro razpoloženi?	da	ne

Če je pri prvih štirih vprašanjih dosežena vsaj ena točka izpolni lestvico v celoti.

Število poskusov samomora v preteklosti: \_\_\_\_\_ datum zadnjega: \_\_\_\_\_

### Sedanje samomorilno vedenje: Ocena samomorilnih misli:

0 - brez samomorilnega vedenja	Razmišljal sem, da bi se ubil, če bi imel priložnost	1 2 3 4 5 6 7
1 - želja po smrti	Razmišljal sem, kako enostavno bi bilo končati moje življenje	1 2 3 4 5 6 7
2 - samomorilne misli	Razmišljal sem, da bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
3 - samomorilne grožnje	Razmišljal sem, kako bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
4 - samopoškodbeno vedenje	Razmišljal sem, kdaj bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
5 - preprečen poskus samomora	Razmišljal sem, kaj bi napisal v poslovnem pismu	1 2 3 4 5 6 7
6 - prekinjen poskus samomora	Razmišljal sem, da bi napisal oporoko	1 2 3 4 5 6 7
7 - poskus samomora	Razmišljal sem, da bi ljudem povedal, da se nameravam ubiti	1 2 3 4 5 6 7
8 - nevaren poskus samomora	1 - nikoli, 2 - to misel sem že imel, vendar ne v zadnjem mesecu, 3 - enkrat mesečno	
9 - ni podatka	4 - nekajkrat na mesec, 5 - enkrat tedensko, 6 - nekajkrat na teden, 7 - skoraj vsak dan	

Prijava samomorilnega poskusa

**Klinična ocena**

Nevropsihiatrični opis (NPI): \_\_\_\_\_

ni smiselno 

Motnja	Frekvenca	Stopnja	F X S
Blodnje	1 2 3 4	1 2 3	_____
Halucinacije	1 2 3 4	1 2 3	_____
Agitiranost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Depresija/disforija	1 2 3 4	1 2 3	_____
Anksioznost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Privzdignjeno razpoloženje	1 2 3 4	1 2 3	_____
Apatija/ravnodušnost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Razvrtost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Razdražljivost/labilnost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Nenavadno motorično vedenje	1 2 3 4	1 2 3	_____

**Frekvenca:**

1. manj kot enkrat tedensko.
2. približno enkrat tedensko.
3. večkrat tedensko, ne vsak dan.
4. skoraj vedno prisotno.

**Stopnja:**

1. Blaga - simptom je opazen, le malo vpliva na življenje.
2. Zmerna - simptom je zelo očiten; negovalec lahko pomaga.
3. Izrazita - simptom je zelo očiten, ne odzove se na posredovanje negovalca in je glavni vir stiske.

KPSS: \_\_\_\_\_ in/ali SKT: \_\_\_\_\_ drugo ( \_\_\_\_\_ ): \_\_\_\_\_ ni smiselno 

CGI: 1 - ni bolan, 2 - mejno bolan, 3 - blago bolan, 4 - zmerno bolan, 5 - precej bolan, 6 - hudo bolan, 7 - zelo hudo bolan

Spremenjena Hachinskijeva lestvica: \_\_\_\_\_ ni smiselno 

nenaden začetek	0 1 2	visok krvni tlak	0 1
stopničnasto napredovanje	0 1	cerebrovaskularni inzult	0 1 2
pritožbe o somatskih težavah	0 1	fokalni nevrološki simptomi	0 1 2
čustvena nevzdržnost	0 1	fokalni nevrološki znaki	0 1 2

Trajanje težav: \_\_\_\_\_ tednov \_\_\_\_\_ mesecev \_\_\_\_\_ let

**Opravljenе preiskave in napotitve (pri nas ali z našo napotnico)**

Biokemične preiskave	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Slikovne metode (CT, MRI, _____)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Nevropsihološki pregled	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Elektrofiziološke metode (EEG, EP)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Posvetovalnica	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Socialna delavka	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Nevrolog	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Internist	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Druga: _____	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku

**Predpisana medikamentozna terapija (zdravilo in odmerek):**

Psihiatrična: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Druga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Glavna diagnoza: \_\_\_\_\_ MKB: \_\_\_\_\_

Lewy = G20; FTD = G31; mešana = F00.2; pri deliriju F = 05.1 - obvezno še dg. demence

Ostale diagnoze: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kontrolni pregled: 1 - ni potreben, 2 - GPA: \_\_\_\_\_, 3 - psihiater, 4-osebni zdravnik, 5 - hospitalizacija

Šifra zdravnika: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Podpis: \_\_\_\_\_

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

## Svojci / skrbniki / bližnji (ime in priimek, odnos, telefonska številka)

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

## Težave, ki jih navajajo svojci ali klient

### 1. Slabšanje spoznavnih sposobnosti

- spominske motnje     težave pri orientaciji - časovna, krajevna, situacijska, osebnostna  
 slabše razumevanje     težave pri komunikaciji     slabša presoja     nekritičnost  
 drugo: \_\_\_\_\_

### 2. Spremembe vedenja, ki jih opažajo svojci ali bližnji

- kričanje     preklinjanje     jokanje     nemir     vznemirjenost     tavanje  
 socialno neustrezno vedenje     vsiljivost     odklonilno vedenje     jezavost     razburljivost  
 neustrezno spolno vedenje – slačenje...     zbiranje zalog     spremljanje svojcev  
 težave pri prehranjevanju ali odvajanju, ki so vezane na spremenjeno vedenje pri tej aktivnosti.- razmetavanje, mazanje, packanje     ponavljajoča vprašanja     drugo: \_\_\_\_\_

### 3. Duševne spremembe, ki jih navajajo oboleli ali pa jih svojci opažajo v pogovoru:

- tesnoba     strah     žalost     umikanje iz socialnega okolja     naveličanost  
 osamljenost     upočasnenost     brezbržnost     nespečnost     preganjavica     napačno prepoznavanje  
 prividi, prisluhi...     drugo: \_\_\_\_\_

### 4. Zmanjšana sposobnost samooskrbe

- pri vseh aktivnostih  
**pri posameznih aktivnostih:**  
 hranjenje     osebna higiena     spanje     odvajanje     gibanje     drugo: \_\_\_\_\_

### 5. Zmanjšana sposobnost opravljanja kompleksnih dejavnosti, zaradi katerih so bolniki ali okolica izpostavljeni večji nevarnosti

- gospodinjstva opravila, rokovanje z viri energije (plin, električna, voda...),  
 rokovanje z zdravili,  
 rokovanje z drugimi nevarnimi snovmi (škropiva, čistila...),  
 vožnja z avtomobilom,  
 rokovanje z dokumenti, z denarjem,  
 puščanje odklenjenih vhodnih vrat  
 puščanje tujcev v stanovanje  
 drugo: \_\_\_\_\_

### 6. Preobremenitve oziroma stiske svojcev

- stiska zaradi nepoznavanja oziroma nesprejemanja bolezni     občutki, da ne zmorejo več  
 občutki, da nimajo več svojega življenja     nerazumevanje v družini, okolici  
 nerazumevanje v uradnih institucijah     občutki krivde povezani z razmišljanji o premestitvi v DSO  
 strah pred nezgodo, kadar so bolniki sami oziroma, če živijo sami  
 splošna psihofizična preobremenjenost     psihofizična preobremenjenost negovalca zaradi lastnih bolezenskih težav

## Ukrepi, ki jih svojci že izvajajo

- urejena pomoč na domu  
 patronažna služba  
 oddana prošnja v DSO  
 skupina za samopomoč  
 izvajanje različnih ukrepov v zvezi z nego in oskrbo - katerih?  
 drugo: \_\_\_\_\_

## Težave, ki jih ugotavlja svetovalec (rangirajte težave od največje do najmanjše)

- \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Ocena stopnje samooskrbe

### A

- Popolna samooskrba
- Potrebuje pomoč ali nadzor druge osebe: **tedensko**:  1x  2x  3x  večkrat
- Potrebuje pomoč ali nadzor druge osebe: **dnevno**  1x  2x  ponoči,
- Popolna odvisnost od tuje pomoči - stalen celodnevni nadzor pri pomični osebi
- Popolna odvisnost od tuje pomoči - stalen celodnevni nadzor pri nepomični osebi

### B

- Potrebuje posebne pripomočke ali dodatno opremo
- Potrebuje pomoč ali nadzor druge osebe, posebno opremo in druge pripomočke

## Priporočila za reševanje ugotovljenih težav v domačem okolju

Načrtovanje nege in oskrbe obolelih ter pomoči svojcem - za največ tri težave, ki trenutno bistveno vplivajo na ustaljen življenjski slog)

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Priporočila za druge oblike pomoči in podpore

- Svetovalni telefon
- Vzgojno izobraževalni program Ne pozabi me
- Napotitev na CSD
- Skupina za samopomoč
- Patronažna služba
- Zunanji servisi pomoči:  prehrana  družabništvo  osnovna nega
- Drugo: \_\_\_\_\_

Medicinska sestra: \_\_\_\_\_

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

Podpis:

## POSEBNE STORITVE

1 - zdravniško mnenje za sprejem v DSO/zavod

2 - zdravniško mnenje za dodatek za pomoč

3 - vloga za DSO/zavod

4 - socialna intervencija

5 - drugo: \_\_\_\_\_

## Posebne ugotovitve in zabeležke ob pregledu

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Odgovorna oseba: \_\_\_\_\_

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

Podpis: