



Datum: _____
 Oddelek: _____
 DG1: _____
 DG2: _____
 DG3: _____
 DG4: _____
 DG5: _____

Podatki o pacientu

.....

.....

.....

Kontaktna oseba: _____ Telefon: _____

Obveščeni svojci: DA NE Sprejem brez privolitve: DA NE

PREDHOSPITALNA OBRAVNAVA

	DA	NE		DA	NE
SNMP			IPP		
Nevrolog			Travmatolog		
Ostalo: _____					

SPREJEM

	DA	Že opravljeno		DA	Ni potrebno
OBVEZNO			NEOBVEZNO		
Anamneza			Rtg PC		
Psihični status			CT glave		
Telesni status			Urinokultura		
Nevrološki status			Hemokultura		
Telesna temperatura			EEG		
Krvni tlak, pulz			Amonijak		
Oksimetrija			Plinska analiza		
Hemogr., DKS, CRP, KS,			Alkotest		
hepatog., sečnina, kreat., elektr.,			Test na droge		
Ca, TSH			Ostalo:		
Urin			_____		
Pregled zdravil			_____		
EKG			_____		

Hogg J. Delirium. In: Jacoby R, Oppenheimer C, Dening T, Thomas A. Old age psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2008 (dopolnjeno).

HOSPITALNA OBRAVNAVA

	24	48	72	96	ODP
Zavest in pozornost* - bp					
Somnolenca					
Sopor					
Koma					
Motnje pozornosti					
Kognitivne motnje* - bp					
Neorientiranost					
Blodnje, halucinacije					
Okrnjen miselni tok					
Oteženo razumevanje					
Motnje spomina					
Psihomotorna aktiv.* - bp					
Hipoaktivnost					
Hiperaktivnost					
Ritem spanja* - bp					
Moten					
Čustvovanje* - bp					
Motnje					

Psihični status					
Telesni status					
Nevrološki status**					

Psihiatrična zdravila					
Ostala zdravila					
Kontrolni lab.**					

	24	48	72	96	ODP
Krvni tlak, pulz					
Telesna temperatura					
Oksimetrija					

Intenzivni list					
Bilanca tekočin					
Prehranjevanje					
Osebna higiena					
Izločanje					
Gibanje, FTH					
Intenzivna nega					

Stalni nadzor					
Oviranje					
Razjede zaradi pritiska					
Delo s svojci					

* World Health Organization.
The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders.
Clinical descriptions and diagnostic guidelines.
Geneva: World Health Organization, 1992.

** kadar je potrebno

ODPUST

DOMOV Premestitev na odd.: _____

Premestitev na kliniko: _____

	DA	NE
Odpustnica		
Obvestilo zdravniku		
Napititve		

	DA	NE	
Informiranje svojcev			Ni mogoče
Obvestilo svojcem			
Zdravila / recept			

Odmik od klinične poti:

Vrsta: _____

Vzrok: _____

Datum prenehanja delirija: _____

Datum odpusta: _____

Zdravnik: _____
(ime, priimek)

_____ (podpis)