

ODGOVORNI ZDRAVNIK		ODGOVORNA MED. SESTRA			
<b>STANJE BOLNIKA OB PRIHODU</b>			datum:	ura:	Vrsta sprejema: <input type="checkbox"/> nenaročen <input type="checkbox"/> dogovorjen
Način prihoda <input type="checkbox"/> sam <input type="checkbox"/> s svojci <input type="checkbox"/> z reševalci	Prihaja iz/od <input type="checkbox"/> od doma <input type="checkbox"/> iz DSO <input type="checkbox"/> premestitev	Stanje zavesti <input type="checkbox"/> priseben <input type="checkbox"/> zmeden <input type="checkbox"/> odziven na klic <input type="checkbox"/> odziven na bolečino <input type="checkbox"/> neodziven	Giblјivost <input type="checkbox"/> giblјiv <input type="checkbox"/> potrebuje pomoč <input type="checkbox"/> negiblјiv	Dispnea Ocena po BORG lestvici _____	Bolečina Ocena po VAL _____ lok. _____
Kisik _____ % _____ l/min	Infuzija _____ G kanila _____ razt.	Urinski kateter _____ Ch kateter <input type="checkbox"/> urin. vrečka	Rane <input type="checkbox"/> preležanina <input type="checkbox"/> golenja raz. <input type="checkbox"/> hematoma	Stome <input type="checkbox"/> gastro <input type="checkbox"/> uro <input type="checkbox"/>	Okužbe <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> drugo
<b>DIABETES</b> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INZULIN <input type="checkbox"/> TABLETE					<b>ALERGIJA</b> <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA: _____

<b>TRIAŽA ZDRAVNIKA</b>	takoj -v 10 min.	po vrstnem redu	lahko počaka	<b>IZPOLNJENO BOLNIKOVO SOGLASJE</b>	DA	NE
Opombe:						

VITALNE FUNKCIJE							
Čas	Krvni tlak	Pulz	Sat O <sub>2</sub>	Telesna T	Fr. dihanja	Ostale meritve	Obseg nadlakti
	L:						L:
	D:						D:
							Obseg goleni
							L:
							D:

PREISKAVE v urgentni ambulanti							
naročene		izvedeno		naročene		izvedeno	
čas	preiskava	čas	parafa	čas	preiskava	čas	parafa
	<input type="checkbox"/> EKG				<input type="checkbox"/> troponin		
	<input type="checkbox"/> rtg pc. + stranska				<input type="checkbox"/> proBNP		
	<input type="checkbox"/> plinska analiza				<input type="checkbox"/> proteinogram		
	<input type="checkbox"/> elektroliti, glukoza				<input type="checkbox"/> hepatogram		
	<input type="checkbox"/> urea, kreatinin				<input type="checkbox"/> amilaza, lipaza		
	<input type="checkbox"/> KKS <input type="checkbox"/> CRP				<input type="checkbox"/> urin		
	<input type="checkbox"/> PČ-INR <input type="checkbox"/> D-dimer						

**NADALJNJA OBRAVNAVA**

PREJETA ZDRAVILA					
naročila				izvedba	
čas	zdravilo	doza - način	parafa zdravnika	čas	parafa MS

**KADILSKI STATUS****KZZ****SOC. ANAM.- bivanje**

<input type="checkbox"/> nekadilec				<input type="checkbox"/> brez	<input type="checkbox"/> z družino	<input type="checkbox"/> s partnerjem
<input type="checkbox"/> kadilec	let:	št. cigaret / dan:		<input type="checkbox"/> v popisu	<input type="checkbox"/> sam	<input type="checkbox"/> soc. ustanova
<input type="checkbox"/> bivši kadilec	let:	št. cigaret / dan:	Prenehal pred leti	<input type="checkbox"/> vrnjena		

**AKTIVNOSTI ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE V URGENTNI AMBULANTI**

OCENA POTREBNIH AKTIVNOSTI ZN		ČAS IZVEDBE AKTIVNOSTI ZN					
	Ustna nega						
	Anogenitalna nega						
	Izkašljevanje, aspiracije						
	Nosni kateter						
	Kisikova maska						
	Uvajanje IV kanile _____ G roka L / D						
	Spreminjanje lege bolnika	čas					
		mesto					
	Odvajanje urina (diureza)	čas					
		ml					
	Uvajanje urinskega katetra Ch _____						
	Odvajanje blata						
	Hranjenje						
	Pitje	čas					
		količina					
	Zagotavljanje varnosti bolnika <input type="checkbox"/> _____						
	Učenje _____						

čas	<b>OSTALI IZVEDENI POSEGI</b>

čas	<b>POSEBNA OPAŽANJA PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI BOLNIKA V URGENTNI AMBULANTI</b>

Zdr. anamneza in status narejena <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Pripomočki, ki jih ima s seboj				
	<input type="checkbox"/> bergle	<input type="checkbox"/> palica	<input type="checkbox"/> očala	<input type="checkbox"/> slušni aparat	<input type="checkbox"/> zobna proteza

<b>SPREJEM NA ODDELEK</b>		Razlog sprejema		Način odhoda	
datum		oddelek		<input type="checkbox"/> ODPUST	<input type="checkbox"/> sam
ura zaključka		Ura predaje		<input type="checkbox"/> ODKLON	<input type="checkbox"/> s svojci
					<input type="checkbox"/> z reševalci

Bolnika predal (parafa, podpis): _____		Bolnika prevzel (parafa, podpis): _____	
MKB:	Delovna diagnoza:	podpis zdravnika	