**VLOGA ZA VKLJUČITEV V PROGRAM OBRAVNAVE**

|  |
| --- |
| Šifra zdravnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kontaktni podatki:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Imenski žig in podpis:  |
| **PODATKI O NAPOTENI OSEBI:**Ime in priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefonska št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; E-naslov: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Naslov, na katerega se oseba vrača po zaključeni obravnavi (če ni enak zgornjemu):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PODATKI O KONTAKTNI OSEBI NAPOTENE OSEBE:**Ime in priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Tel. št.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **POGOJI ZA VKLJUČITEV:**Napotena oseba:1. je stara 18 let ali več: DA/NE,
2. živi doma (tj. izven institucionalnega varstva): DA/NE,
3. je zaključila zdravljenje akutne bolezni ali poškodbe v bolnišnici ali na domu (pod nadzorom izbranega osebnega zdravnika) ALI se po zaključenem bolnišničnem zdravljenju zaradi koronavirusne bolezni in posledične nepopolne samooskrbe ne more vrniti v domače okolje: DA/NE
4. izbrani osebni ali lečeči zdravnik ocenjuje, da bi napotena oseba z začasnim zagotavljanjem obravnave v skladu s predmetnim JR lahko izboljšala sposobnost samooskrbe in podaljšala bivanje v domačem okolju: DA/NE;
5. ni vključena v prejemanje medicinske rehabilitacije v okviru izvajalcev, ki skladno s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti izvajajo medicinsko rehabilitacijo v javni mreži in ne prejema storitev v okviru izvajanja projekta Mobilni timi za rehabilitacijo (Uradni list RS, št. 10/21) ali drugih primerljivih storitev: DA/NE.

Oseba je lahko vključena v obravnavo, če vseh pet zgornjih trditev DRŽI. Če je ena ali več trditev označenih z 'NE' oseba ni upravičena do obravnave v skladu z Javnim razpisom in vanjo ne more biti vključena. |
| **Diagnoze**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Znana kolonizacija z večodpornimi mirkoorganizmi [ ]  ne [ ]  da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Znana alergija na: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Zdravila jemlje samostojno [ ]  ne [ ]  daPotrebuje pomoč pri pripravi zdravil [ ]  ne [ ]  daPotrebuje pomoč pri jemanju zdravila [ ]  ne [ ]  da |

ZDRAVILA *(\*lahko elektronski izpis):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum predpisa | Predpisano zdravilo | Količina/doza | Način aplikacije | Čas aplikacije |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

OSNOVNE MERITVE:

Teža: \_\_\_\_\_\_\_\_ kg

Višina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm

Telesna temperatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krvni tlak: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pulz:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SpO2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PRISOTNOST BOLEČINE:

[ ]  ne [ ]  da

* Opis bolečine (lokacija, kdaj se pojavi ipd.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* VAS:\_\_\_\_\_\_\_\_



PRISOTNOST RAN:

* Vrsta rane:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Opis rane:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Oskrba rane:



* + Material za oskrbo rane:

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

* + Menjava, dne:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ŽIVLJENJSKE AKTIVNOSTI:

|  |
| --- |
| Dihanje |
| [ ]  brez posebnosti [ ]  odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Uporaba medicinskega pripomočka: [ ]  ne [ ]  da
* Potrebna aplikacija O2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L/min
 |
| Prehranjevanje in pitje |
| [ ]  brez posebnosti [ ]  odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Prisotne motne požiranja: [ ]  ne [ ]  da
* Nazogastrična sonda: [ ]  ne [ ]  da (zadnja menjava: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Perkutana gastrostoma: [ ]  ne [ ]  da (zadnja menjava:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Dieta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Omejitev tekočin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Izločanje in dovajanje |
| [ ]  brez posebnosti [ ]  odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Datum zadnjega odvajanja blata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prisotnost stalnega urinskega katetra: [ ]  ne [ ]  da (zadnja menjava:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
* Prisotnost izločalne stome: [ ]  ne [ ]  da (zadnja menjava podloge:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)
 |
| Gibanje |
| [ ]  samostojno pomičen [ ]  pomičen s pomočjo druge osebe ali med. pripomočka [ ]  nepomičen |
| Spanje in počitek |
| [ ]  brez posebnosti [ ]  Odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Oblačenje in slačenje |
| [ ]  brez posebnosti [ ]  Odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Komunikacija |
| GOVOR:[ ]  brez posebnosti [ ]  Odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SLUH:[ ]  brez posebnosti [ ]  Odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VID: [ ]  brez posebnosti [ ]  Odstopanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

OPOMBE:

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

Kraj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priloge:

* Odpustna dokumentacija po zaključenem bolnišničnem zdravljenju oziroma druga zdravstvena dokumentacija
* Izjava osebe glede seznanitve s projektnimi aktivnostmi, pogoji izvajanja in roki ter privolitev za vključitev v obravnavo
* Privolitev za zbiranje in obdelovanje osebnih podatkov