



Nalepka / podatki o pacientu

Datum vključitve v SPO: \_\_\_\_\_

Telefonska številka pacienta:	
Telefonska številka svojca (skrbnika):	
Ambulantni psihiater:	
Drugi sodelujoči v obravnavi:	

## BIVANJE

- samostojno
- s starši
- s partnerjem in/ali otroci
- v stanovanjski skupini NVO
- drugo: .....

## ZAPOSLOTVENI STATUS

- študent
- iskalec zaposlitve
- prejemnik stalne socialne podpore
- upokojenec
- drugo: .....

## ŠTEVILO HOSPITALIZACIJ

.....

## AVTOAGRESIVNO IN HETEROAGRESIVNO VEDENJE V PRETEKLOSTI

- DA                       NE

## IDENTIFICIRANE TEŽAVE

---

---

---

## CILJI OBRAVNAVE (EVALVACIJA VSAKIH 6 MESECEV V PRILOGI)

---

---

---

## ZNAKI POSLABŠANJA PSIHIČNEGA STANJA

---

---

---

## UKREPI OB POSLABŠANJU PSIHIČNEGA STANJA

- 1. Povečanje intenzivnosti skupnostne obravnave
- 2. Sklepanje antisuicidalnega pakta
- 3. Predčasna kontrola pri ambulantnem psihiatru
- 4. Hospitalizacija - dnevna oskrba
- 5. Hospitalizacija - celodnevna oskrba
- 6. Hospitalizacija - varovani oddelek

## OBRAVNAVA

- 1. Redni tedenski obiski
- 2. Urejanje socialne problematike
- 3. Učenje vsakdanjih veščin
- 4. Učenje socialnih veščin
- 5. Edukacija o duševni motnji in zdravljenju
- 6. Edukacija o zdravem življenjskem slogu
- 7. Aplikacija depo terapije
- 8. Podpora pri jemanju zdravil
- 9. Načrtovanje dnevnih aktivnosti
- 10. Terapevtsko delo s svojci
- 11. Urejanje bivanjske situacije
- 12. Redni tedenski obiski

## POVEZOVANJE Z ZUNANJIMI SLUŽBAMI

- 1. Sodelovanje z ambulantnim psihiatrom
- 2. Sodelovanje z izbranim splošnim zdravnikom
- 3. Vključevanje v dnevni center NVO
- 4. Vključevanje v programe zaposlitvene rehabilitacije
- 5. Povezovanje z delodajalcem
- 6. Povezovanje z izobraževalno ustanovo
- 7. Povezovanje s CSD
- 8. Nameščanje v stanovanjsko skupino NVO

## OBRAVNAVA OB ODPUSTU

- timski sestanek z bolnikom, svojci in vpletenimi službami
- preverjanje doseganja ciljev
- standardna psihiatrična ambulantna obravnava
- vključenost v programe NVO oz. CSD
- namestitvev v posebni socialni zavod

## POSREDOVANJE ZAKLJUČKA OBRAVNAVE

- popis bolezni PKL
- ambulantni psihiater
- drugo: .....
- izbrani splošni zdravnik
- bolnik se s posredovanjem dokumentacije ne strinja

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

Koordinator skupnostne obravnave: \_\_\_\_\_

Ime in Priimek

Podpis

Ime in Priimek

Podpis