



KLINIČNA POT ZA SPREJEM OSEBE Z MOTNJAMI HRANJENJA

PODATKI O PACIENTU

Datum pregleda:

Sprejem: DA NE

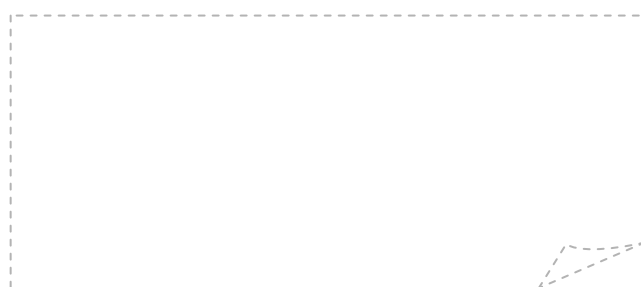
Diagnoza 1:

Diagnoza 2:

Diagnoza 3:

Kontaktna oseba:

Telefon:



Klinično pot začnemo ob prihodu pacienta z motnjami hranjenja in jo zaključimo ob končani obravnavi ali usmeritvi v ambulantno obravnavo.

NAPOTEN – A

pride sam

v spremstvu svojcev / bližnjih

iz ambulante osebnega zdravnika

iz psihiatrične ambulante

iz druge bolnišnice

iz SNMP, IPP

ni podatka

PREDHOSPITALNA OBRAVNAVA

	DA	NE
Ambulantna obravnava motenj hranjenja terapevt: _____ od (m., l.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vpisan na čakalno listo Enote za motnje hranjenja od dne: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Predhodne obravnave na Enoti za motnje hranjenja število: _____ datum (m., l.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Predhodne obravnave na psihiatričnih oddelkih kje: _____ kdaj (m., l.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internistično (bolnišnično) zdravljenje komplikacij motenj hranjenja kolikokrat: _____ kdaj (m., l.) _____ kje: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOKUMENTACIJA

	DA	NE
Izvid ambulantnega terapevta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SNMP, IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druge bolnišnice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Predhodne psihiatrične obravnave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Izberite možnost I. ali II.

I. INDIKACIJE IN POGOJI ZA SPREJEM NA ENOTO ZA MOTNJE HRANJENJA (EMH)

Sprejem na EMH je možen le, če je oseba vpisana na čakalno listo Enote za motnje hranjenja in je bila predhodno vabljena za sprejem na današnji dan!!!

(Za sprejem na EMH morajo biti odgovori na spodnja vprašanja pritrdilni)

	DA	NE
17 let ali več	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITM > 12 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motiviranost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne sme biti odvisen od dovoljenih in/ali nedovoljenih PAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- anoreksija nervoza
 - restriktivna*
 - purgativna*
- bulimija nervoza
 - purgativna*
 - nepurgativna*
- kompulzivno prenejanje

- ortoreksija nervoza
- bigoreksija nervoza
- druge / atipične oblike motenj hranjenja
- drugo

II. INDIKACIJE IN POGOJI ZA SPREJEM V INTENZIVNO OBRAVNAVO ENOTE ZA MOTNJE HRANJENJA (EMH)

Sprejem na intenzivno obravnavo EMH je možen le, če je oseba vpisana na čakalno listo za intenzivno enoto in je bila predhodno vabljena za sprejem na današnji dan.

(Za sprejem na EMH morajo biti odgovori na spodnja vprašanja pritrdilni)

	DA	NE
17 let ali več	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITM < 12 kg/m ²	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motiviranost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatska stabilnost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPREJEM

- anamneza
- heteroanamneza
- ITM _____ kg/m² TT _____ kg TV _____ cm
- dogovor o kratko in dolgoročnih ciljih obravnave
- podpisan terapevtski dogovor s pravili EMH
- travme / zlorabe
- impulzivnost / agresivnost

<input type="checkbox"/>	neugodni življenjski pogoji
<input type="checkbox"/>	stresorji v preteklosti
<input type="checkbox"/>	nezadostna podpora v družini
<input type="checkbox"/>	poskusi samomora v preteklosti
<input type="checkbox"/>	druge duševne motnje, odvisnost od PAS / alkohola
<input type="checkbox"/>	samomor v družini
<input type="checkbox"/>	motnje hranjenja v družini
<input type="checkbox"/>	laboratorij (hemogram, DKS, CRP, KS, hepatogram, sečnine, kreatinin, elektroliti, Ca, TSH, T3, Th, proteinogram)
<input type="checkbox"/>	drugi somatski izvidi
<input type="checkbox"/>	pregled doseganje farmakoterapije

BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

	DA	NE
Hospitalni list	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intenzivna obravnavna EMH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psihološki pregled in ocena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motiviranost pacienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodelovanje pacienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urejanje socialne problematike in učenje socialnih veščin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edukacija o motnjah hranjenja in zdravem življenjskem slogu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psihoterapija: VKT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psihoterapija: dinamsko - razvojna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psihofarmakoterapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodelovanje svojcev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vključitev svojcev v skupino svojcev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redno vodenje dokumentacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dodatni zdravstveni ukrepi / posegi (internist, endokrinolog, stomatolog, ginekolog, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izpolnjen evalvacijski vprašalnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ODPUST

	DA	NE
Zaključek obravnave / odpustnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Določen ambulantni terapevt in vključitev v ambulantno obravnavo pri _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vključitev v izvenbolnišnično psihoterapevtsko skupino EMH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vključitev v ambulantno psihoterapevtsko obravnavo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izpolnjen evalvacijski vprašalnik EMH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacient obveščen, da bo kontaktiran 3, 6 in 12 mesecev po odpustu zaradi izpolnjevanja evalvacijskega vprašalnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dg 1 _____	TT _____ kg
Dg 2 _____	TV _____ cm
Dg 3 _____	ITM _____ kg/m ²

POSREDOVANJE DOKUMENTACIJE

	DA	NE
Popis bolezni - PKL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulantni terapevt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Izbrani osebni zdravnik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pacient se s posredovanjem dokumentacije ne strinja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drugo		

Datum: _____

Podpis terapevta: _____