



KLINIČNA POT OBRAVNAVE PACIENTA Z DEMENCO (v dnevni oskrbi)

PODATKI O PACIENTU/KI:

Spol: M Ž

Poklic: _____

Leta šolanja: _____

Nalepka / podatki o pacientu

Ime in priimek svojca: _____ telefon _____

Sorodstveno razmerje: _____

SPREJEM

- Avtoanamneza
 - Heteroanamneza
 - Nevrološki pregled
 - Somatska ocena
 - Pogovor o zdravljenju z bolnikom in svojci
- } Sprejemni zapisnik

Diagnoze (Sprejemni zapisnik)

Zdravila (Sprejemni zapisnik)

Krvni tlak _____ Pulz _____ Telesna teža _____

NAČRTOVANI / IZVEDENI CILJI ZDRAVLJENJA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostika motnje | <input type="checkbox"/> Obnova sočasnih telesnih bolezni |
| <input type="checkbox"/> Zdravljenje kognitivnega upada | <input type="checkbox"/> Ocena za DPP |
| <input type="checkbox"/> Zdravljenje vedenjskih in psihičnih sprememb | <input type="checkbox"/> Ocena za invalidsko upokožitev |
| <input type="checkbox"/> Kognitivna rehabilitacija | <input type="checkbox"/> Nastanitev v zavod |
| <input type="checkbox"/> Obnova sočasnih duševnih motenj | <input type="checkbox"/> Edukacija in razbremenjevanje svojcev |

KLINIČNA OBRAVNAVA

- Laboratorijske preiskave
- hemogram, DKS, CRP, hepatogram, sečnina, kreatinin, elektroliti, ščit. horm., glukoza
 - ostalo _____
- EKG opravljen _____ NP
- EEG naročen _____ NP
- Slikovna diagnostika CT, MRI, PET naročen _____ NP
- _____
- Strukturirana klinična ocena
- Kognitivni preizkus Addenbrook _____ NP/NM
 - Geriatrična lestvica depresivnosti _____ NP/NM
 - Nevropsihiatrični opis _____ NP/NM
 - Celostna klinična ocena (CGI) _____ NP/NM
 - Spremenjena Hachinskijeva lestvica _____ NP/NM
 - _____
- Klinični psihološki pregled mnenje _____ NP
- Internist mnenje _____ NP
- Nevrolog mnenje _____ NP
- Socialne intervence mnenje _____ NP

TERAPEVTSKE DEJAVNOSTI

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

SODELOVANJE SVOJCEV

Nima svojcev ~

Individualno ~ redno ~ občasno ~ ne sodelujejo
 V skupini ~ redno ~ občasno ~ ne sodelujejo
 Dodatna pomoč svojcem ~ psihiatrična ~ psihosocialna

OB SPREJEMU

Uporabne dejavnosti vsakodnevnega življenja rezultat _____
 Lestvica telesne nege rezultat _____
 Vprašalnik o bremenu negovalca rezultat _____

OB ODPUSTU

Uporabne dejavnosti vsakodnevnega življenja rezultat _____
 Lestvica telesne nege rezultat _____
 Vprašalnik o bremenu negovalca rezultat _____

ZAKLJUČENO ZDRAVLJENJE

Redno zaključeno
 Predčasno zaključeno
 ○ Premestitev na drug psihiatrični oddelek _____
 ○ Premestitev na somatski oddelek _____
 ○ Zaradi odsotnosti
 ○ _____

NAČRTOVANA NADALJNA OBRAVNAVA

Pri osebem zdravniku
 Pri izbranem psihiatru
 V gerontopsihiatrični ambulanti
 Pri odpustnem psihiatru _____
 Pri psihiatru v DSO
 Pri nevrologu
 Drugje

ODPUST

Odpustnica
 Rp
 Navodila svojcem

Datum odpusta _____

Zdravnik _____

DMS _____

Geriatrična lestvica depresivnosti

Datum _____

Rezultat _____

4	15			
*	*	Ali ste v glavnem zadovoljni s svojim življenjem ?	da	ne
	*	Ali ste opustili veliko svojih dejavnosti in zanimanj ?	da	ne
*	*	Ali se vam zdi, da je življenje prazno ?	da	ne
	*	Ali ste pogosto vsega naveličani ?	da	ne
		Ali na prihodnost gledate z upanjem ?	da	ne
		Ali vas morijo misli, ki se jih ne morete znebiti ?	da	ne
	*	Ali ste večino časa dobro razpoloženi ?	da	ne
*	*	Ali vas je strah, da se bo zgodilo kaj slabega ?	da	ne
*	*	Ali ste večino časa srečni ?	da	ne
	*	Ali se pogosto čutite nemočni ?	da	ne
		Ali ste pogosto nemirni in brez obstanka ?	da	ne
	*	Ali vam je ljubše ostati doma, kot da bi šli ven in počeli nove reči ?	da	ne
		Ali ste pogosto zaskrbljeni zaradi prihodnosti ?	da	ne
	*	Ali se vam zdi, da imate s spominom več težav kot večina ?	da	ne
	*	Ali občutite veselje, da ste sedaj živi ?	da	ne
		Ali ste pogosto potrti in žalostni ?	da	ne
	*	Ali se trenutno počutite precej ničvredno ?	da	ne
		Ali ste zelo zaskrbljeni zaradi preteklosti ?	da	ne
		Ali se vam življenje zdi zelo zanimivo in vznemirljivo ?	da	ne
		Ali se težko lotite novih načrtov ?	da	ne
	*	Ali se počutite polni energije ?	da	ne
	*	Ali se vam zdi, da ste v brezupnem položaju ?	da	ne
	*	Ali mislite, da je večina ljudi na boljšem, kot ste vi ?	da	ne
		Ali se pogosto razburite zaradi malenkosti ?	da	ne
		Ali vam gre pogosto na jok ?	da	ne
		Ali imate težave s koncentracijo ?	da	ne
		Ali z veseljem zjutraj vstanete ?	da	ne
		Ali se najraje izognete druženju ?	da	ne
		Ali se zlahka odločate ?	da	ne
		Ali so vaše misli tako jasne kot običajno ?	da	ne

Nevropsihiatrični opis (Neuropsychiatric Inventory)

Rezultat _____

Motnja	Frekvenca (*)	Stopnja (**)	F X S	Ni podatka
Blodnje	1 2 3 4	0 1 2 3		
Halucinacije	1 2 3 4	0 1 2 3		
Agitiranost	1 2 3 4	0 1 2 3		
Depresija/disforija	1 2 3 4	0 1 2 3		
Anksioznost	1 2 3 4	0 1 2 3		
Evforija/privzdignjeno razpoloženje	1 2 3 4	0 1 2 3		
Apatija/ravnodušnost	1 2 3 4	0 1 2 3		
Razvrtost	1 2 3 4	0 1 2 3		
Razdražljivost/labilnost	1 2 3 4	0 1 2 3		
Nenavadno motorično vedenje	1 2 3 4	0 1 2 3		

(*) Frekvenca

1. Manj kot enkrat tedensko
2. Približno enkrat tedensko
3. Večkrat tedensko, ne vsak dan
4. Skoraj vedno prisotno

() Stopnja**

1. Blaga - simptom je opazen, le malo vpliva na življenje
2. Zmerna - simptom je zelo očiten; negovalec lahko pomaga
3. Izrazita - simptom je zelo očiten, ne odzove se na posredovanje negovalca in je glavni vir stiske

Celostna klinična ocena (CGI)

Rezultat _____

1-ni bolan, 2-mejno bolan, 3-blago bolan, 4-zmerno bolan, 5-precej bolan, 6-hudo bolan, 7-zelo hudo bolan

Spremenjena Hachinskijeva lestvica

Rezultat _____

Nenaden začetek	0 1 2
Stopničnasto napredovanje	0 1
Pritožbe o somatskih težavah	0 1
Čustvena nevzdržnost	0 1
Visok krvni tlak	0 1
Cerebrovaskularni inzult	0 1 2
Žariščni nevrološki simptomi	0 1 2
Žariščni nevrološki znaki	0 1 2

Uporabne dejavnosti vsakodnevnega življenja (IADL)

Datum _____

Rezultat _____

A Zmožnost uporabe telefona

- 0 - Ni podatka
- 1 - Telefon uporablja na lastno pobudo-poišče in kliče številke, itd.
- 2 - Pokliče nekaj dobro znanih števil.
- 3 - Oglasi se ne telefon, a ne kliče.
- 4 - Sploh ne uporablja telefona.

B Nakupovanje

- 0 - Ni podatka
- 1 - Samostojno poskrbi za vse potrebno nakupovanje.
- 2 - Neodvisen pri manjših nakupih.
- 3 - Potrebuje spremstvo pri vseh nakupih.
- 4 - Popolnoma nesposoben pri vseh nakupih.

C Pripravljanje hrane

- 0 - Ni podatka
- 1 - Samostojno načrtuje, pripravi in postreže ustrezne obroke.
- 2 - Pripravi ustrezne obroke, če ima na voljo sestavine.
- 3 - Pogreje in postreže pripravljene obroke ali pripravlja obroke, vendar se ne prehranjuje ustrezno.
- 4 - Obroke mu je potrebno pripraviti in postreči.

D Gospodinjstvo

- 0 - Ni podatka
- 1 - Hišo vzdržuje sam ali z občasno pomočjo (npr. pomoč pri težjih gospodinskih opravilih).
- 2 - Opravlja lahka vsakodnevna dela kot pomivanje posode, pospravljanje postelje.
- 3 - Opravlja lahka vsakodnevna dela, a ne more vzdrževati primerne ravni čistoče.
- 4 - Potrebuje pomoč pri celotnem vzdrževanju doma.
- 5 - Ne sodeluje pri nobenem gospodinskem opravilu.

E Perilo

- 0 - Ni podatka
- 1 - V celoti pere in lika svoje perilo.
- 2 - Opere majhne stvari - splakne nogavice, itd.
- 3 - Za perilo morajo v celoti skrbeti drugi.

F Način prevoza

- 0 - Ni podatka
- 1 - Potuje samostojno z javnim prevozom ali vozi svoj avtomobil.
- 2 - Uredi si prevoz s taksijem, a drugače ne uporablja javnega prevoza.
- 3 - Potuje z javnim prevozom, kadar mu pomagajo ali ga spremljajo drugi.
- 4 - Potovanje omejeno na taksi ali avtomobil ob pomoči drugih.
- 5 - Sploh ne potuje.

G Zanesljivost pri svojih zdravilih

- 0 - Ni podatka
- 1 - Je zanesljiv pri jemanju zdravil v pravih odmerkih in ob pravem času.
- 2 - Je zanesljiv, če je zdravilo vnaprej pripravljeno v ločenih odmerkih.
- 3 - Ni zmožen jemanja svojih zdravil.

H Zmožnost ravnanja z denarjem

- 0 - Ni podatka
- 1 - Samostojno upravlja denarne zadeve (razporeja denar, piše čeke, plačuje najemnino, račune, gre v banko), gre po dohodek in je na tekočem z njim.
- 2 - Zmore vsakodnevne nakupe, pri bančnih poslih, večjih nakupih, itd. pa potrebuje pomoč.
- 3 - Ne zmore ravnati z denarjem.

Lestvica telesne nege (PSMS)

Datum _____

Rezultat _____

A Stranišče

- 1 - Na stranišču v celoti poskrbi zase, brez inkontinence.
- 2 - Potrebno ga je spomniti ali potrebuje pomoč, da se očisti, oziroma mu redko (največkrat enkrat tedensko) uide.
- 3 - Ponečedi ali pomoči se med spanjem več kot enkrat tedensko.
- 4 - Ponečedi ali pomoči se, medtem ko je buden, več kot enkrat tedensko.
- 5 - Brez nadzora nad črevesjem in mehurjem.

B Hranjenje

- 1 - Jé brez pomoči.
- 2 - Jé z manjšo pomočjo v času obrokov oziroma pri posebni pripravi hrane ali pri pospravljenju po obrokih.
- 3 - Hrani se ob zmerni pomoči in je nesnažen.
- 4 - Pri vseh obrokih terja znatno pomoč.
- 5 - Sploh se ne hrani sam in upira se naporom drugih, da bi ga nahranili.

C Oblačenje

- 1 - Se obleče, sleče in izbira oblačila iz svoje garderobe.
- 2 - Se obleče in sleče z manjšo pomočjo.
- 3 - Potrebuje zmerno pomoč pri oblačenju in izbiranju oblačil.
- 4 - Potrebuje veliko pomoči pri oblačenju, a sodeluje s tistimi, ki mu pomagajo.
- 5 - Popolnoma nesposoben je, da se obleče in upira se naporom drugih, da bi mu pomagali.

D Negovanje

(urejenost, lasje, nohti, roke, obraz, oblačila)

- 1 - Vedno urejeno oblečen, lepo negovan brez pomoči.
- 2 - Neguje se ustrezno z občasno manjšo pomočjo, npr. britje.
- 3 - Potrebuje zmerno in redno pomoč oziroma nadzor pri negi.
- 4 - Potrebuje popolno pomoč pri negi, vendar pa po pomoči drugih lahko ostane lepo negovan.
- 5 - Dejavno zavrača vse poskuse drugih, da bi vzdrževali urejenost.

E Telesno gibanje

- 1 - Gre naokrog po območju ali mestu.
- 2 - Giblje se v okviru bivališča ali do sosednje ulice.
- 3 - Giblje se s pomočjo (obkrožite eno)
 - a) druge osebe
 - b) ograje
 - c) palice
 - č) hojice
 - d) invalidskega vozička
 1. Vanj in iz njega gre brez pomoči.
 2. Potrebuje pomoč pri sedanju vanj in vstajanju iz njega.

F Kopanje

- 1 - Kopa se brez pomoči. (kad, tuš, otiranje z gobo)
- 2 - Kopa se s pomočjo pri vstopanju v kad in izstopanju iz nje.
- 3 - Umije si samo obraz in roke, ne more pa se okopati.
- 4 - Ne umiva se sam, a sodeluje s tistim, ki ga umiva.
- 5 - Ne umiva se sam in se upira trudu, da bi vzdrževali njegovo čistočo.

Vprašalnik o bremenu negovalca (CBI)

Datum _____

Rezultat _____

	Ali čutite	Nikoli	Redko	Včasih	Pogosto	Skoraj vedno
1.	Da vaš sorodnik terja več pomoči, kot jo potrebuje ?	0	1	2	3	4
2.	Da zaradi časa, ki ga preživite s sorodnikom, nimate dovolj časa zase ?	0	1	2	3	4
3.	Da vam je naporno skrbeti za sorodnika in se truditi, da izpolnite odgovornosti do družine in službe ?	0	1	2	3	4
4.	Da vam je nerodno zaradi sorodnikovega vedenja ?	0	1	2	3	4
5.	Da ste jezni, kadar ste v sorodnikovi bližini ?	0	1	2	3	4
6.	Da vaš sorodnik slabo vpliva na vaše odnose z drugimi družinskimi člani oziroma prijatelji?	0	1	2	3	4
7.	Da vas je strah, kaj čaka vašega sorodnika v prihodnosti ?	0	1	2	3	4
8.	Da je vaš sorodnik odvisen od vas ?	0	1	2	3	4
9.	Da ste napeti, kadar ste v sorodnikovi bližini ?	0	1	2	3	4
10.	Da zaradi ukvarjanja s sorodnikom trpi vaše zdravje ?	0	1	2	3	4
11.	Da zaradi skrbi za sorodnika trpi vaše družabno življenje?	0	1	2	3	4
12.	Da vam je zaradi sorodnika neprijetno povabiti k sebi prijatelje ?	0	1	2	3	4
13.	Da se zdi, kot da sorodnik pričakuje, da skrbite zanj ?	0	1	2	3	4
14.	Da nimate dovolj denarja, da skrbite za sorodnika poleg svojih ostalih izdatkov ?	0	1	2	3	4
15.	Da ne boste več mogli dolgo skrbeti za sorodnika ?	0	1	2	3	4
16.	Da ste zaradi sorodnikove bolezni izgubili nadzor nad svojim življenjem ?	0	1	2	3	4
17.	Da si želite prepustiti skrb za sorodnika nekemu drugemu ?	0	1	2	3	4
18.	Da ste negotovi glede tega, kaj storiti s sorodnikom ?	0	1	2	3	4
19.	Da bi morali več storiti za sorodnika ?	0	1	2	3	4
20.	Da bi lahko bolje skrbeli za sorodnika ?	0	1	2	3	4
21.	NA SPLOŠNO, kakšno breme vam predstavlja skrb za sorodnika ?	0	1	2	3	4