



Ime in priimek: _____ (Šifra:) _____ prvi pregled
Datum rojstva: _____ Spol: Ž M Let šolanja: _____ ponovni pregled

Napotitev:	Že pregledan pri:	Živi:
1 - osebni zdravnik	1 - splošnem zdravniku	1 - sam
2 - urgentni zdravnik	2 - psihiatru	2 - s partnerjem
3 - psihiater	3 - nevrologu	3 - z otroki
4 - nevrolog	4 - psihologu	4 - s partnerjem in otroki
5 - drugi zdravnik	5 - drugje	5 - z drugimi sorodniki
6 - brez napotitve	6 - nikjer	6 - v zavodu
8 - ostalo	8 - ostalo	8 - ostalo
9 - ni podatka	9 - ni podatka	9 - ni podatka

Že predpisana medikamentozna terapija (zdravilo, odmerek)

Psihiatrična: _____

Druga: _____

Ocena jemanja zdravil: 1 - redno, 2 - neredno, nenamerno, 3 - neredno, namerno, 4 - opustil/a

Za jemanje zdravil skrbi: 1 - večinoma sam/a, 2 - delno sam/a, 3 - večinoma bližnji, 4 - strokovni delavci

Klinična ocena

Geriatrska lestvica depresivnosti (GDS): _____ ni smiselno

Ste večinoma zadovoljni s svojim življenjem?	da	ne
Menite, da je vaše življenje prazno?	da	ne
Se bojite, da se vam bo pripetilo nekaj slabega?	da	ne
Se večinoma počutite srečni?	da	ne
Ste opustili mnoge od svojih dejavnosti ali zanimanj?	da	ne
Se pogosto počutite nemočni?	da	ne
Ste polni energije?	da	ne
Ali menite, da imate več težav s spominom kot večina drugih?	da	ne
Ali je večina ljudi bolje preskrbljenih kot vi?	da	ne
Ali menite, da je vaš položaj brezupen?	da	ne
Ali ste raje doma, kot da greste ven in poskušate kaj novega?	da	ne
Se pogosto dolgočasite?	da	ne
Ali menite, da je čudovito živeti sedaj?	da	ne
Se v sedanjih okoliščinah počutite precej nevredni?	da	ne
Ste večinoma dobro razpoloženi?	da	ne

Če je pri prvih štirih vprašanih dosežena vsaj ena točka izpolni lestvico v celoti.

Število poskusov samomora v preteklosti: _____ datum zadnjega: _____

Sedanje samomorilno vedenje: Ocena samomorilnih misli:

0 - brez samomorilnega vedenja	Razmišljal sem, da bi se ubil, če bi imel priložnost	1 2 3 4 5 6 7
1 - želja po smrti	Razmišljal sem, kako enostavno bi bilo končati moje življenje	1 2 3 4 5 6 7
2 - samomorilne misli	Razmišljal sem, da bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
3 - samomorilne grožnje	Razmišljal sem, kako bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7

4 - samopoškodbeno vedenje	Razmišljal sem, kdaj bi se ubil	1 2 3 4 5 6 7
5 - preprečen poskus samomora	Razmišljal sem, kaj bi napisal v poslovnem pismu	1 2 3 4 5 6 7
6 - prekinjen poskus samomora	Razmišljal sem, da bi napisal oporoko	1 2 3 4 5 6 7
7 - poskus samomora	Razmišljal sem, da bi ljudem povedal, da se nameravam ubiti	1 2 3 4 5 6 7
8 - nevaren poskus samomora	1 - nikoli, 2 - to misel sem že imel, vendar ne v zadnjem mesecu, 3 - enkrat mesečno	
9 - ni podatka	4 - nekajkrat na mesec, 5 - enkrat tedensko, 6 - nekajkrat na teden, 7 - skoraj vsak dan	

Prijava samomorilnega poskusa



Klinična ocena

Nevropsihiatrični opis (NPI): _____

ni smiselno

Motnja	Frekvenca	Stopnja	F X S
Blodnje	1 2 3 4	1 2 3	_____
Halucinacije	1 2 3 4	1 2 3	_____
Agitiranost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Depresija/disforija	1 2 3 4	1 2 3	_____
Anksioznost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Privzdignjeno razpoloženje	1 2 3 4	1 2 3	_____
Apatija/ravnodušnost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Razvrtost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Razdražljivost/labilnost	1 2 3 4	1 2 3	_____
Nenavadno motorično vedenje	1 2 3 4	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.

KPSS: ___ in/ali SKT: ___ drugo (_____): _____

ni smiselno

CGI: 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: _____

ni smiselno

nenaden začetek	0 1	visok krvni tlak	0 1 2
stopničnasto napredovanje	0 1	cerebrovaskularni inzulit	0 1 2
pritožbe o somatskih težavah	0 1	fokalni nevrološki simptomi	0 1 2
čustvena nevzdržnost	0 1	fokalni nevrološki znaki	0 1 2

Trajanje težav: _____ tednov _____ mesecev _____ let

Opravljenе preiskave in napotitve (pri nas ali z našo napotnico)

Biokemične preiskave	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Slikovne metode (CT, MRI, _____)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Pregled likvorske tekočine _____	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Nevropsihološki pregled	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Elektrofiziološke metode (EEG, EP)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Socialna delavka	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Nevrolog	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Kliničnofarmaceutski pregled	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku
Napotitev k drugim specialistom	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> že opravljeno	<input type="checkbox"/> priporočilo zdravniku

Predpisana medikamentozna terapija (zdravilo in odmerek):

Psihiatrična: _____

Druga: _____

Glavna diagnoza:

MKB:

Ostale diagnoze: _____

Kontrolni pregled: 1 - ni potreben, 2 – gerontopsihiatrična ambulanta, 3 - psihiater, 4-osebni zdravnik, 5 - hospitalizacija

Šifra zdravnika: _____ Podpis: _____ Datum: _____

Svojci / skrbniki / bližnji (ime in priimek, odnos, telefonska številka)

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Težave, ki jih navajajo svojci ali klient

1. Slabšanje spoznavnih sposobnosti

spominske motnje težave pri orientaciji - časovna, krajevna, situacijska, osebnostna
 slabše razumevanje težave pri komunikaciji slabša presoja nekritičnost
 drugo: _____

2. Spremembe vedenja, ki jih opažajo svojci ali bližnji

kričanje preklinjanje jokanje nemir vznemirjenost tavanje
 socialno neustrezno vedenje vsiljivost odklonilno vedenje jezavost razburljivost
 neustrezno spolno vedenje – slačenje... zbiranje zalog spremljanje svojcev
 težave pri prehranjevanju ali odvajanju, ki so vezane na spremenjeno vedenje pri tej aktivnosti.- razmetavanje, mazanje, packanje ponavljajoča vprašanja drugo: _____

3. Duševne spremembe, ki jih navajajo oboleli ali pa jih svojci opažajo v pogovoru:

tesnoba strah žalost umikanje iz socialnega okolja naveličanost
 osamljenost upočasnjenost brezbriznost nespečnost preganjavica napačno prepoznavanje
 prividi, prisluhi... drugo: _____

4. Zmanjšana sposobnost samooskrbe

pri vseh aktivnostih
pri posameznih aktivnostih:
 hranjenje osebna higiena spanje odvajanje gibanje drugo: _____

5. Zmanjšana sposobnost opravljanja kompleksnih dejavnosti, zaradi katerih so bolniki ali okolica izpostavljeni večji nevarnosti

gospodinska opravila, rokovanje z viri energije (plin, elektrika, voda...),
 rokovanje z zdravili,
 rokovanje z drugimi nevarnimi snovmi (škropiva, čistila...),
 vožnja z avtomobilom,
 rokovanje z dokumenti, z denarjem,
 puščanje odklenjenih vhodnih vrat
 puščanje tujcev v stanovanje
 drugo: _____

6. Preobremenitve oziroma stiske svojcev

stiska zaradi nepoznavanja oz. nesprejemanja bolezni občutki, da ne zmorejo več
 občutki, da nimajo več svojega življenja nerazumevanje v družini, okolici
 nerazumevanje v uradnih inštitucijah občutki krivde povezani z razmišljanji o premestitvi v DSO
 strah pred nezgodo, kadar so bolniki sami oziroma, če živijo sami
 splošna psihofizična preobremenjenost psihofizična preobremenjenost negovalca zaradi lastnih bolezenskih težav

Ukrepi, ki jih svojci že izvajajo

- Svetovalni telefon
- Izobraževalna skupina za svojce "Življenje z demenco"
- Napotitev na CSD
- Skupina za samopomoč v okviru društva Spominčica
- Patronažna služba
- Mobilni paliativni tim UPK Ljubljana
- Zunanji servisi pomoči: prehrana družabništvo osnovna nega
- Drugo: _____

Posebne storitve

- 1 - zdravniško mnenje za sprejem v DSO/zavod 2 - zdravniško mnenje za dodatek za pomoč 3 -
vloga za DSO/zavod 4 - socialna intervencija/ mnenje za vključitev
v dolgotrajno oskrbo
- 5 - drugo: _____
- _____

Posebne ugotovitve in zabeležke ob pregledu

Odgovorna oseba: _____

Datum: _____

Podpis: _____