



KLINIČNA POT HOSPITALNE OBRAVNAVE PACIENTA Z DEMENCO

PODATKI O PACIENTU/KI:

Spol: M Ž

Poklic: _____

Leta šolanja: _____

Nalepka / podatki o pacientu

Ime in priimek svojca: _____ telefon _____

Sorodstveno razmerje: _____

SPREJEM

- Avtoanamneza
- Heteroanamneza
- Psihiatrični pregled
- Nevrološki pregled
- Somatska ocena
- Prehranska ocena
- Pogovor 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"/> Obravnava 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"/> Obravnava sočasnih duševnih moten | <input type="checkbox"/> Edukacija in razbremenjevanje svojcev |

KLINIČNA OBRAVNAVA

- Laboratorijske preiskave
 - o hemogram, DKS, CRP, hepatogram, sečnina, kreatinin, elektroliti, ščit. horm., glukoza
 - o ostalo: pregled likvorja (osnovni, biomarkerji demence)...
- EKG opravljen _____ NP
- EEG naročen _____ NP
- Slikovna diagnostika CT, MRI, PET naročen _____ NP
- _____
- Strukturirana klinična ocena
 - o Kognitivni preizkus Addenbrook _____ NP/NM
 - o Geriatrična lestvica depresivnosti _____ NP/NM
 - o Nevropsihiatrični opis _____ NP/NM
 - o Celostna klinična ocena (CGI) _____ NP/NM
 - o Spremenjena Hachinskijeva lestvica _____ NP/NM
 - o _____
- Klinični psihološki pregled mnenje _____ NP
- Internist mnenje _____ NP
- Nevrolog mnenje _____ NP
- Socialne intervence mnenje _____ NP
- Kliničnofarmacevtski pregled mnenje _____ NP
- Pregled dietetika 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 osebnem zdravniku
- Pri izbranem psihiatru
- V gerontopsihiatrični ambulanti
- Pri odpustnem psihiatru _____
- Vključitev v mobilni paliativni tim
- Pri psihiatru v DSO
- Pri nevrologu
- Drugje

ODPUST

- Odpustnica
- Recept
- Navodila svojcem

Datum odpusta _____ Zdravnik _____

Diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik _____

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

Rezultat _____

Spremenjena Hachinskijeva lestvica

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