



Nalepka / podatki o pacientu

.....

.....

.....

Datum vključitve v SPO: _____

Telefonska številka pacienta:	
Najbližja oseba / skrbnik:	
Telefonska številka najbližje osebe / skrbnika:	
Ambulantni psihiater:	
Drugi sodelujoči v obravnavi:	

BIVANJE

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

ZAPOSLOTVENI STATUS

- študent
- zaposlen
- iskalec zaposlitve
- prejemnik denarne socialne pomoči
- upokojenec
- drugo:

ŠTEVILO HOSPITALIZACIJ

.....

AGRESIVNO VEDENJE V PRETEKLOSTI

- avto agresivno vedenje
- hetero agresivno vedenje

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

- redni tedenski obiski
- urejanje socialne problematike
- učenje socialnih veščin
- načrtovanje dnevnih aktivnosti
- učenje dnevnih aktivnosti
- edukacija o duševni motnji in zdravljenju
- edukacija o zdravem življenjskem slogu
- aplikacija depo terapije
- podpora pri jemanju zdravil
- terapevtsko delo s svojci
- urejanje bivanjske situacije

POVEZOVANJE Z ZUNANJIMI SLUŽBAMI

- sodelovanje z ambulantnim psihiatrom
- sodelovanje z izbranim splošnim zdravnikom
- vključevanje v dnevni center NVO
- vključevanje v programe zaposlitvene rehabilitacije
- povezovanje z delodajalcem
- povezovanje z izobraževalno ustanovo
- povezovanje s CSD
- nameščanje v stanovanjsko skupino NVO
- drugo:

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
- drugo:

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