

Klinična pot za bolnišnično zdravljenje odvisnosti od alkohola / tablet

NAPOTEN

- iz Alkohološke ambulante EZOA
- iz drugih oddelkov PKL _____
- druge ustanove _____
- ukrep obveznega zdravljenja
- ni podatka

Nalepka / podatki o pacientu

ZAVAROVANJE (osnovno + dodatno)

- UREJENO
 DOPLAČNIK
 SAMOPLAČNIK
 ODKLONJEN, ker ni plačnika

DOKUMENTACIJA

- zaprositi za predhodno dokumentacijo: **DA** **NE**
 zaprositi: iz **PKL** izven **PKL**, ime ustanove _____
 prispelo: **DA** **NE**, razlogi, da ni prodobljeno _____

SPREJEM

			opravljeno	načrtovati
alkohol v izdihanem zraku _____		hemogram, DKS, CRP, KS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
testiranje urina BZD	<input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg	hepatogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
testiranje urina druge PAS	<input type="checkbox"/> poz <input type="checkbox"/> neg			
krvni tlak _____		sečnina, kreatinin, elektroliti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulz _____		urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
telesna teža _____		amoniak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		RTG p. c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avtoanamneza	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heteroanamneza	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	EEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		CT glave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		drugo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detoksikacija:

ni potrebna

s psihofarmaki

Uvedba druge psihofarmako terapije

Uporabljeni vprašalniki/lestvice

- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Fagöstromov vprašalnik za odvisnost od nikotina | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> NI POTREBNO |
| OCDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale) | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> NI POTREBNO |
| CGI | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> NI POTREBNO |
| KPSS | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> NI POTREBNO |

ZDRAVSTVENA NEGA

potreba po specifični zdravstveni negi
(odtegnitveni sindrom, vpliv PAS, razpoloženske motnje, ...)

DA NE

Komentar

SPREJEMNE DIAGNOZE

psihiatrične

os 1 DA NE _____

os 2 DA NE _____

psihosocialne okoliščine (Z) DA NE _____

somatske DA NE _____

NAČRTOVANE POSEBNOSTI OBRAVNAVE

krizna intervencija DA NE

specifična starostna skupina DA NE

specifika komorbidnosti DA NE

pričakovani slabo prilagojeni vedenjski vzorci DA NE

pogosta zdravljenja DA NE

predvidena ponovna testiranja treznosti:

alkohol DA NE

druge PAS DA NE

dotatna psihoedukacija (odvisnost od tablet, patološko hazardiranje) DA NE

Komentar

ZDRAVLJENJE NA ODDELKU

Sodelovanje svojcev/pomembnih bližnjih

nima svojca/pomembnega bližnjega

svojci/pomembni bližnji sodelujejo:

v psihoterapevtski skupini redno občasno ne sodelujejo

v psihoedukacijski skupini redno občasno ne sodelujejo

svojci/pomembni bližnji potrebujejo dodatno pomoč psihiatrično psihosocialno

Komentar (npr. nima nikogar; odvisnost ali duševna bolezen v družini; ...)

NAČRTOVANI CILJI ZDRAVLJENJA

vzpostavitev abstinence, kritičnost do odvisnosti socialna problematika: _____

uvid v dinamiko osebnostnega funkcioniranja družinske intervence (skrbništvo, stik z otroki, ...)

prakticiranje bolj funkcionalnega vedenja urejanje zavarovanja

obvladovanje sočasnih duševnih motenj urejanje finančne pomoči

obvladovanje sočasnih somatskih stanj iskanje namestitve

intervence na ravni navezovalnih odnosov iskanje zaposlitve

ocena za invalidsko upokožitev kontakt z delovnim okoljem

drugo: nastanitev v zavodu

drugo:

DOPOLNJENI/REVIDIRANI CILJI ZDRAVLJENJAPreveriti načine obvladovanja odvisniškega vedenja ob prehodu v dnevni oddelek **DA** **NE**

- | | |
|---------|---------|
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |
| • _____ | • _____ |

DEJAVNOSTI V OBVEZEM DELU PROGRAMA

opomnik za pridobitev informacije o funkcioniranju pacienta/pacientke v določenem kontekstu izven skupine

	ta raven vedenja znana	potrebno pridobiti podatke
jutranja ambulanta (zdravila ipd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oddelčni klub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sestaneq terapevtske skupnosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neformalno druženje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
popoldanski / vikend program:		
popoldanska učna ura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skrb za osebno higieno in higieno okolja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
predavanje + vodena diskusija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ogled filma + vodena diskusija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinezioterapija		
v celodnevem oddelku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v dnevni obravnavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vadba na stolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
delovna terapija (obrazec v prilogi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KLINIČNA/TERCIARNA OBRAVNAVA

	potrebno	opravljeno
psihiatrični diagnostični pregled pred dnevnim oddelkom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugi vprašalniki: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intenzivno psihiatrično vodenje med hospitalizacijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klinični psihološki pregled	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psihoterapevtske intervence izven skupine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somska obravnava: internist, nevrolog,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
intervence s področja socialne problematike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dodatna obravnava za pomembne bližnje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
timska supervizija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNOZE PO DODATNI & DIFERENCIALNI DIAGNOSTIKI

psihiatrične

os 1	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	_____
os 2	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	_____
psihosocialne okoliščine (Z)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	_____
somske	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	_____

IZBIRNE TERAPEVTSKE DEJAVNOSTI

	sodeluje		pisni povzetek obravnave	
trening socialnih spretnosti	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
sprostivne tehnike	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
psihodrama	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
muzikoterapija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
likovna terapija	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
kreativna dejavnost	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE
delavnica za opuščanje kajenja	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NE

NADALJEVANJE ZDRAVLJENJA

prešel v dnevni oddelek **DA** **NE** 2X tedensko
hodi domov samo ob vikendih celotno zdravljenje v celodnevem oddelku

Komentar:

ZAKJUČEVANJE ZDRAVLJENJA

redno zaključil **DA** **NE**

predčasno zaključil samovoljno
 iz terapevtskih razlogov
 premeščen na drug psihiatrični oddelek
 somatski oddelek

recidiv **DA** **NE** **NEJASNO**

intervenca ob recidivu:

napotitev v psihiatrično ambulanto premestitev v drugo psihiatrično bolnišnico
 premestitev na varovani oddelek ne želi pomoči
 drugo

Komentar

NAČRTOVANA NADALJNA OBRAVNAVA

	EZOA	drugje
klub zdravljenih alkoholikov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skupina samopomoči / AA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
skupinska psihoterapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psihiatrično vodenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
individualna psihoterapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
partnerska terapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
družinska terapija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ambulanta za spolne motnje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ni podatka o nadaljni obravnavi

Napisana odpustnica

Datum odpusta: _____

Skupinski terapevt: _____
(ime, priimek)

Skupinski terapevt: _____
(ime, priimek)

Zdravnik: _____
(ime, priimek)