



Klinična pot za obravnavo alkoholnega delirija

datum pregleda: _____

sprejem: DA NE

oddelek: _____

DG1: _____

DG2: _____

DG3: _____

Nalepka / podatki o pacientu

.....

.....

.....

Kontaktna oseba: _____

telefon: _____

PREDHOSPITALNA OBRAVNAVA

	DA	NE		DA	NE
SNMP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRAVMATOLOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEVROLOG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IZVIDI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALKOTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RTG/CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPOMBE: _____

SPREJEM V BOLNIŠNICO

	DA	NE		DA	NE
ANAMNEZA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SEČNINA/KREATININ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VEGETATIVNI SIMPTOMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATOGRAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSIHIČNI SIMPTOMI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MIOGOLOBIN/CK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EPILEPTIČNI NAPAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TELESNA TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELESNI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SATURACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEVROLOŠKI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR/PULZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AKUTNI OPOJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HMG/DKS/CRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALKOTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELEKTROLITI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEST NA DROGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LESTVICA ZA DELIRIJ*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPREJEM PROTI VOLJI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBVEŠČENI SVOJCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPOMBE: _____

HOSPITALNA OBRAVNAVA

	24	48	72	96	PR/ODP
PSIHIČNI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELESNI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEVROLOŠKI STATUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERNIST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTENZIVNI LIST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RR/P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TELESNA TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SATURACIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEMOGRAM/DKS/CRP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELEKTROLITI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEČNINA/KREATININ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HEPATOGRAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIOGLOBIN/CK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALKOTEST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
STALNI NADZOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OVIRANJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSIHIATRIČNA ZDRAVILA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSTALA ZDRAVILA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTENZIVNA NEGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSEBNA HIGIENA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IZLOČANJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIBANJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PREHRANJEVANJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFUZIJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRELEŽANINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DELO S SVOJCI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LESTVICA ZA DELIRIJ *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*vpiši vrednost lestvice za delirij)

ODPUST: oddelek: _____ domov drugam: _____

LESTVICA ZA DELIRIJ

1. NIVO ZAVESTI

- brez odziva
- odziv na intenziven dražljaj
- odziv na blag/zmeren dražljaj
- normalna budnost
- pretiran odziv na normalen dražljaj

2. MOTNJE POZORNOSTI

s težavo sledi navodilom/odkrenljiv

3. DEZORIENTACIJA

čas, prostor, oseba

4. HALUCINACIJE/BLODNJE

5. AGITACIJA/RETARDACIJA

psihomotorna- zahteva ukrepe
(zdravila/pvu/upočasnitev)

6. GOVOR/RAZPOLOŽENJE

inkohherentnost, odziv neustrezen
glede na situacijo

7. SPANJE/BUDNOST

spanje < 4 ure, nočno prebujanje
spanje čez dan

8. NIHANJE SIMPTOMOV

pojavljanje/izzvenevanje – dnevno

0-8 točk (4 ali več - delirij)

NAVODILA OB ODPUSTU

	DA	NE		DA	NE
INFORMIRANJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOTIVACIJA/UVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ODPUSTNICA V ROKE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OBVESTILO SVOJCEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBVESTILO V SA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZDRAVILA/RECEPT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAPOTITVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DATUM NA EZOA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZAPLETI: ZDRAVSTVENI: _____

SOCIALNI: _____

SMRTNI IZID: _____ OBDUKCIJA: _____

ODMIK OD KLINIČNE POTI: VRSTA: _____

VZROK: _____

DATUM PRENEHANJA DELIRIJA: _____

DATUM ODPUSTA: _____

ZDRAVNIK _____
IME, PRIIMEK

PODPIS