

Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház 3526 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76. Tel.: (46) 515-200 Fax: (46) 323-694 E-mail: igazgato@bazmkorhaz.hu	Szikszoí Tagkórház II. Ápolási Osztály 3800 Szikszo, Kassai u. 45-49. Tel.:(46)596-600/4401;4402,4403 E-mail: apolas.szikszo@bazmkorhaz.hu
---	---

**ORVOSI IGAZOLÁS ÉS JAVASLAT/ BEUTALÓ
ÁPOLÁSI OSZTÁLYRA TÖRTÉNŐ FELVÉTELHEZ**

AZ ELLÁTÁS IGÉNYLŐ ADATAI	
Név:	
Születési név:	
Születési hely:	
Születési idő:	
Anyja neve:	
T.A.J. szám:	
Lakcím:	
Telefon/Mobil:	
További elhelyezés folyamatban:	Igen <input type="checkbox"/> Hová?: Nem <input type="checkbox"/>
ELLÁTÁSI IGÉNNYEL KAPCSOLATOS INFORMÁCIÓK	
Orvosi diagnózis:	
Ha a jelenlegi tartózkodási hely sebészeti jellegű osztály, akkor: A műtét időpontja: A műtéti eljárás konkrét megnevezése:a műtét BNO kódja:.....	
Szed-e a beteg magas térítési kategóriába tartozó gyógyszereket? <input type="checkbox"/> Nem	
<input type="checkbox"/> IGEN: <input type="checkbox"/> Antiepilepticumok <input type="checkbox"/> Anticoagulans szerek <input type="checkbox"/> Cytostaticumok <input type="checkbox"/> Kábító fájdalomcsillapítók <input type="checkbox"/> Egyéb.....Gyógyszer megnevezése:.....	
A beteg jelenleg beállított gyógyszerei és azok adagolása:	
Előjegyzett, vagy szakorvosi javaslatra végzendő műtétek, kezelések, képalkotó diagnosztikai vizsgálatok, labor diagnosztikai, kontroll vizsgálatok:	
<input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van/ beavatkozás, vizsgálat megnevezése:..... A tervezett beavatkozás, vizsgálat időpontja:.....	
Gyógyszer, étel vagy egyéb allergia:	
Ápolási Osztályra történő szállítás: <input type="checkbox"/> egyedül <input type="checkbox"/> kísérel <input type="checkbox"/> mentővel Honnan történik majd a szállítás?: <input type="checkbox"/> otthonából <input type="checkbox"/> szociális intézetből:..... a B.-A.-Z. Vármegyei Központi Kórház és EOK.....osztályáról <input type="checkbox"/> más eü. intézetből:...../annak osztályáról <input type="checkbox"/> egyéb:.....	

AZ ELLÁTÁST IGÉNYLŐ JELENLEGI ÁLLAPOTA

ÖNELLÁTÁSI KÉPESSÉG, FELÜGYELET, ÉRZÉKELÉS, KOMMUNIKÁCIÓ

Önellátási képesség:

- Teljesen önellátó, minimális ellátást igényel
 Részben önellátó, mérsékelt fokú ellátást igényel
 Részben önellátó, fokozott ellátást igényel
 Önellátás képtelen, teljes körű ellátást igényel

Orvosi felügyelet igénye:

- Napi orvosi felügyeletet és rendszeres orvosi konzultációt, ellenőrzést nem igényel
 Napi orvosi felügyeletet nem, de rendszeres orvosi konzultációt, ellenőrzést igényel
 Napi orvosi felügyeletet igényel

Érzékelés:

- Hallás:.....
 normális **csökkent** j.o. b.o. **siket** j.o. b.o.
Látás:
 normális **csökkent** j.o. b.o. **vak** j.o. b.o.
Tapintás: normális csökkent érzéskiesés
Szaglás: normális csökkent érzéskiesés
Izlelés: normális csökkent érzéskiesés
Szédülés: nincs van

Kommunikáció:

- szóbeli, érthető neheztített (ok):..... aphasia érthetetlen nem beszél
Segédeszközök: jelbeszéd kommunikációs tábla egyéb:.....

TUDATI ÁLLAPOT, TÁJÉKOZÓDÁS, MENTÁLIS PROBLÉMÁK

Tudati állapot: tiszta zavart aluszékony eszméletlen vigil coma egyéb:.....

Tájékozódás: Tájékozott Tájékozatlan: térben időben önmagát illetően

Dementia: enyhe közepsúlyos súlyos Alzheimer kór

Megjegyzés:.....

Pszichiátriai kórisme:

Menési készletés, kóborlási hajlam: nincs van **Suicid hajlam:** nincs van:.....

Agresszivitás: nincs van:..... **Antiszoális viselkedés:** nincs van:.....

LÉGZÉS, LÉGUTAK ÁLLAPOTA

- Szabályos **Neheztített:** kilégzéskor belégzéskor
 kóros: szapora csökkent Dyspnoe Orthopnoe Cheyne-Stokes Kussmaul
Tracheostoma: nincs van, megjegyzés:.....
Köhögés: nincs van, jellege:.....
Köpetürítés: nincs van, jellege:.....

KERINGÉS

Compensalt **Decompensalt**

Pulzus: / min ritmusos nem ritmusos:.....

Vérnyomás: / Hgmm életkornak megfelelő ingadozó:.....

Oedema: nincs van: arc végtagok:..... teljes testfelület egyéb:.....

Visszértágulat: nincs van:

BŐR ÁLLAPOTA I.

- A bőr színe: rózsaszín sápadt cyanoticus Egyéb:
- A kültakaró: normális, ápolt ápolatlan helyi gyulladás allergia:.....
- kiütéses:..... sérülés:.....
- haematoma élőködők:

BŐR ÁLLAPOTA II.

Seb: nincs / van:

Acut seb (típusa):Helye:..... Mérete: (hossz, átmérő,mélység).....

Váladékozás: **nem** / **igen** : savós haemo-serosus gennyes

Váladék mennyisége: kevés közepes bőséges

Sebkezelés leírása/ speciális terápia, ill kötszerigénye.....

Krónikus, nehezen gyógyuló seb:

fekély (véna ok/ arteriás ok/ diabetes okozta) sipoly égési sérülés tumoros seb
 stoma/szonda körüli seb nyirokoedema okozta felázás

Egyéb krónikus sebtípus:.....(megnevezés)

Krónikus seb helye:Stádiuma:Mérete: (hossz, átmérő,mélység).....

Váladékozás: nem / igen : savós haemo-serosus gennyes

Váladék mennyisége: kevés közepes bőséges

Sebkezelés leírása/ speciális terápia, ill kötszerigénye.....

Decubitus: nincs van:

I. Stádium/ bőrpír, reaktív hyperaemia (helye, db.):

II. Stádium (helye, db.): Mérete: (hossz, átmérő,mélység).....

III. Stádium (helye, db.): Mérete: (hossz, átmérő,mélység).....

IV. Stádium (helye, db.): Mérete: (hossz, átmérő,mélység).....

Váladékozás: nem / igen : savós haemo-serosus gennyes

Váladék mennyisége: kevés közepes bőséges

Sebkezelés leírása speciális terápia, ill kötszerigénye:.....

MOZGÁS, MOBILITÁS

Mozgás: korlátlan korlátozott immobil Bénulás:..... Ízületi contractura.....

Amputált (mely testrész):..... Segédeszközzel:

Szenvedett-e balesetet? nem igen :időpont **Sérülés jellege:**

Kivizsgálás történt-e? nem igen: Hol történt a kivizsgálás?.....

Kivizsgálás eredménye:.....

*A balesettel kapcsolatos kivizsgálásról/kivizsgálásokról szóló dokumentációt, vizsgálati eredményt kérjük az adatlaphoz mellékelni!

TÁPLÁLÁS, FOLYADÉKBEVITEL

Testsúly:/kg **BMI:**.....

Táplálást befolyásoló tényezők: hányinger hányás puffadás más:.....

Étvág: jó kielégítő étvágytalan válogatós:.....

Étrend: Normál Diéta, speciális étrend:.....

Táplálás: nincs probléma rágási zavar..... nyelési zavar:.....

Mesterséges-táplálás: Naso-Gastricus szonda Naso- Jejunalis szonda PEG PEJ

Szonda behelyezés időpontja:.....Következő csere időpontja:.....

Tápszer típusa/ napi mennyisége..... Parenterális táplálás:.....

Folyadékbevitel:

Napi bevitt folyadékmennyiség:..... Speciális folyadékfogyasztás:.....

ÜRÍTÉS

Széklet: normál, rendszeres obstipatio diarrhoe véres széklet stoma/típusa.....

..... egyéb: fájdalmas ürítés hashajtó:.....

csak beöntésre inkontinencia:.....Segédeszköz:.....

Vizelet: normál, rendszeres retentio gyakori vizelés egyéb: fájdalmas ürítés

diureticum alkalmazása:.....

inkontinencia (típusa):.....

Segédeszköz: betét pelenka állandó katéter kondom katéter

FERTŐZÉS

Van-e a betegnek multirezisztens kórokozót (MRK) igazoló tenyésztési eredménye? nem / igen :

Dátuma:**Honnan származik a minta?**

haemocultura Orr torok vizelet széklet **sebváladék:** felületes mély műtéti
 egyéb:.....

Kapott-e antibioticum kezelést a tenyésztés előtt/ után? **Nem kapott** **Igen, kapott:** előtte utána

Ha kapott, akkor milyen antibioticumot és milyen adagolásban?

Történt-e felszabadítás? nem / igen : **Dátuma:** **Eredménye:**

Van-e folyamatban lévő mikrobiológiai vizsgálata? igen nem

Volt-e, illetve jelenleg van-e hasmenése? **nem** / **igen** : Időtartama:.....(Mettől meddig?)

Volt-e a beteg kontaktja MRK hordozó betegnek? igen nem

Ha igen, kontakt szűrés történt-e? igen nem Milyen mintát küldtek el?

Mintaküldés dátuma:Eredménye:.....

FÁJDALOM, ALVÁS

Fájdalom: nincs van: ritkán gyakran:.....

Fájdalom helye: fej mellkas has hát végtagok..... csont

izom ízület ideg seb.....

Fájdalom jellege: éles tompa égő lüktető szorító görcsös szúró feszítő kisugárzó

Fájdalom időtartama: állandó pár perces pár órás:(jellemző napszak)

Erőssége a **NUMERIKUS SKÁLÁN** (kérjük, jelölje be a fokozatot): **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

alkalmazott fájdalomcsillapító:

Alvás: nincs probléma nehezen alszik el átalvási panasz nem tud aludni

alkalmazott altató:

HASZNÁL-E PROTÉZIST VAGY GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZT?

	Igen	Nem	MEGJEGYZÉS
Stoma - zsák			
Rögzítő sínek			
Szemüveg			
Kontaktlencse			
Hallókészülék			
Szájüregi protézis			
Kötszer			
Betét, vagy pelenka			
Járókeret			
Bot			
Ülő-kocsi			
Szoba-WC			
Egyéb			

ORVOSI IGAZOLÁS:

Beutaló orvos kijelentem, hogy a beteg kizárólag ápolási ellátást igényel, napi orvosi felügyeletre, ellátásra nincs szüksége.

Kijelentem továbbá, hogy a beteg pszichiátriai ellátásra nem szorul, menési készítése nincs, nem ön- és közveszélyes, a bőr minden rétegét érintő szövetkárosodása, vagy ettől súlyosabb akut, ill. krónikus sebe nincs, fertőző betegségben nem szenved, nem exicált, mesterséges táplálásra nem szorul, nem áll nefrológiai gondozás, kezelés alatt, 7 napnál régebben láztalan. Jelenleg sem antibioticumot, sem antiepilepticumot, sem injectios anticoagulans kezelést, sem cytostaticumot, sem gyógyszeres infúziót, sem intravénás injekciót, sem kábító fájdalomcsillapítót, sem hospice ellátást nem igényel, akut, vagy subacut betegségben nem szenved. Előjegyzett, vagy szakorvosi javaslatra végzendő műtétei kezelése, képalkotó diagnosztikai vizsgálata, labor diagnosztikai, kontroll vizsgálata nincsenek.

Szükszó, 20..... évhónapnap

.....
Beutaló, illetve igazolást kiállító
Praxis/ Intézmény/ Osztály megnevezése
Intézmény/ Osztály kódja, pecsétje

.....
Beutaló Orvos
(Név, pecsét, aláírás)