

**Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei
Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház**
II. Rákóczi Ferenc Tagkórház
3800 Szikszó Kassai utca 45-49
Tel.: (46) 596-600/1180

I. ÁPOLÁSI OSZTÁLY
Tel.: (46) 596-600/1180
E-mail: apolas.oszt@bazmkorhaz.hu

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

AZ ELLÁTÁS IGÉNYLŐ ADATAI

Név:	
Születési név:	
Születési hely, idő	
Anyja neve:	
T.A.J. szám:	
Lakcím:	
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:

Szed-e a beteg magas térítési kategóriába tartozó gyógyszereket? Nem

IGEN: Antiepilepticumok Anticoagulans szerek Cytostaticumok Kábító fájdalomcsillapítók

Gyógyszer megnevezése:.....

A beteg jelenleg beállított gyógyszerei és azok adagolása:

Előjegyzett, vagy szakorvosi javaslatra végzendő műtétek, kezelések, képalkotó diagnosztikai vizsgálatok, labor diagnosztikai, kontroll vizsgálatok:

nincs van/ beavatkozás, vizsgálat megnevezése:.....

A tervezett beavatkozás, vizsgálat időpontja:.....

Gyógyszer, étel vagy egyéb allergia:

Ápolási Osztályra történő szállítás: egyedül kísérelével mentővel

Honnan történik majd a szállítás?: otthonából szociális intézetből:.....

a B-A-Z Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház.....Osztályáról

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

Kommunikáció:

- szóbeli, érthető neheztített (ok):..... aphasia érthetetlen nem beszél

TUDATI ÁLLAPOT, TÁJÉKOZÓDÁS, MENTÁLIS PROBLÉMÁK

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

Tájékozódás: Tájékozott Tájékozatlan: térben időben önmagát illetően

Dementia: enyhe közepesúlyos súlyos **Alzheimer kór**

Pszichiátriai kórisme:

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

Agresszivitás: nincs van:..... **Antiszociális viselkedés:** nincs van:.....

LÉGZÉS, LÉGUTAK ÁLLAPOTA

Szabályos Nehezített: kilégzéskor belégzéskor

kóros: szapora csökkent Dyspnoe Orthopnoe Cheyne-Stokes Kussmaul

Tracheostoma: nincs van, megjegyzés:.....

KERINGÉS

Compensalt **Decompensalt Pulzus:** / min ritmusos

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

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

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

Krónikus, nehezen gyógyuló seb:

fekély (vénás 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

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).....

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
Táplálást befolyásoló tényezők:	<input type="checkbox"/> hányinger <input type="checkbox"/> hányás <input type="checkbox"/> puffadás
Étvágy:	<input type="checkbox"/> jó <input type="checkbox"/> kielégítő <input type="checkbox"/> étvágytalan
Étrend:	<input type="checkbox"/> Normál Diéta, speciális étrend:.....
<input type="checkbox"/> Mesterséges-táplálás:	<input type="checkbox"/> Naso-Gastricus szonda <input type="checkbox"/> Naso- Jejunalis szonda <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ
Szonda behelyezés időpontja:.....	Következő csere időpontja:.....
Tápszer típusa/ napi mennyisége.....	<input type="checkbox"/> Parenterális táplálás:.....
Folyadékbevitel:	
<input type="checkbox"/> Napi bevitt folyadékmennyiség:.....	

ÜRÍTÉS	
Széklet:	<input type="checkbox"/> normál, rendszeres <input type="checkbox"/> obstipatio <input type="checkbox"/> diarrhoe <input type="checkbox"/> véres széklet stoma/típusa.....
Vizelet:	<input type="checkbox"/> normál, rendszeres <input type="checkbox"/> retentio <input type="checkbox"/> gyakori vizelés <input type="checkbox"/> egyéb: <input type="checkbox"/> fájdalmas ürítés
<input type="checkbox"/> diureticum alkalmazása:.....	
Segédeszköz:	<input type="checkbox"/> betét <input type="checkbox"/> pelenka <input type="checkbox"/> állandó katéter

FERTŐZÉS	
Van-e a betegnek multirezisztens kórokozót (MRK) igazoló tenyésztési eredménye?	<input type="checkbox"/> nem / <input type="checkbox"/> igen :
Dátuma:	Honnan származik a minta?
<input type="checkbox"/> haemocultura <input type="checkbox"/> orr <input type="checkbox"/> torok <input type="checkbox"/> vizelet <input type="checkbox"/> széklet <input type="checkbox"/> Sebváladék: <input type="checkbox"/> felületes <input type="checkbox"/> mély <input type="checkbox"/> műtéti	
<input type="checkbox"/> egyéb:.....	
Kapott-e antibioticum kezelést a tenyésztés előtt/ után?	<input type="checkbox"/> Nem kapott <input type="checkbox"/> Igen kapott: <input type="checkbox"/> előtte <input type="checkbox"/> utána
Ha kapott, akkor milyen antibioticumot és milyen adagolásban?	
Történt-e felszabadítás? <input type="checkbox"/> nem / <input type="checkbox"/> igen :	Dátuma: Eredménye:
Van-e folyamatban lévő mikrobiológiai vizsgálata?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Volt-e, illetve jelenleg van-e hasmenése?	<input type="checkbox"/> nem / <input type="checkbox"/> igen : Időtartama:.....(Mettől meddig?)
Volt-e a beteg kontaktja MRK hordozó betegnek?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem
Ha igen, kontakt szűrés történt-e?	<input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Milyen mintát küldtek el?
Mintaküldés dátuma:	Eredménye:.....

FÁJDALOM, ALVÁS	
Fájdalom:	<input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van: <input type="checkbox"/> ritkán <input type="checkbox"/> gyakran:.....
Fájdalom helye:	<input type="checkbox"/> fej <input type="checkbox"/> mellkas <input type="checkbox"/> has <input type="checkbox"/> hát <input type="checkbox"/> végtagok..... <input type="checkbox"/> csont
<input type="checkbox"/> izom <input type="checkbox"/> ízület <input type="checkbox"/> ideg <input type="checkbox"/> seb.....	
Fájdalom jellege:	<input type="checkbox"/> éles <input type="checkbox"/> tompa <input type="checkbox"/> égő <input type="checkbox"/> lüktető <input type="checkbox"/> szorító <input type="checkbox"/> görcsös <input type="checkbox"/> szűrő <input type="checkbox"/> feszítő <input type="checkbox"/> kisugárzó
Fájdalom időtartama:	<input type="checkbox"/> állandó <input type="checkbox"/> pár perces <input type="checkbox"/> pár órás:(jellemző napszak)
Erőssége a NUMERIKUS SKÁLÁN (kérjük, jelölje be a fokozatot):	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<input type="checkbox"/> alkalmazott fájdalomcsillapító:.....	
Alvás:	<input type="checkbox"/> nincs probléma <input type="checkbox"/> nehezen alszik el <input type="checkbox"/> átalvási panasz <input type="checkbox"/> nem tud aludni
<input type="checkbox"/> alkalmazott altató:	

HASZNÁL-E PROTÉZIST VAGY GYÓGYÁSZATI SEGÉDESZKÖZT?			
	Igen	Nem	MEGJEGYZÉS
Stoma - zsák			
Betét, vagy pelenka			
Járókeret			
Ülő-kocsi			
Szoba-WC			

ORVOSI IGAZOLÁS:

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

Kijelentem továbbá, hogy a betegnek menési készítése nincs, nem ön- és közveszélyes, fertőző betegségben nem szenved. Jelenleg cytostaticumot, gyógyszeres infúziót, sem intravénás injekciót, sem kábító fájdalomcsillapítót, hospice ellátást nem igényel.

Miskolc, 2021. évhónapnap

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

.....
*Beutaló orvos
(Név, pecsét, aláírás)*