

<b>Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház</b>  3 5 2 6 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76. Tel.: (46) 515-200 Fax: (46) 323-694 E-mail: igazgato@bazmkorhaz.hu	<b>Szent Ferenc Tagkórház</b>  <b>I. ÁPOLÁSI OSZTÁLY</b> 3529 Miskolc, Csabai kapu 42. Tel.:(46)555-800/25712 E-mail: apolas.oszt@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?**  Nem  
 IGEN:  Antiepilepticumok  Anticoagulans szerek  Cytostaticumok  Kábító fájdalomcsillapítók  
 Egyéb.....Gyógyszer megnevezése:.....

**A beteg jelenleg beállított gyógyszerei és azok adagolása:**

**Előjegyzett, vagy szakorvosi javaslatra végzendő műtétek, kezelések, képződiagnosztikai 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 EOK.....osztályáról  
 más eu. intézetből:...../annak ..... osztályáról  
 egyéb:.....

AZ ELLÁTÁST IGÉNYLŐ JELENLEGI ÁLLAPOTA	
ÖNELLÁTÁSI KÉPESSÉG, FELÜGYELET, ÉRZÉKELES, KOMMUNIKÁCIÓ	
<b>Önellátási képesség:</b> <input type="checkbox"/> Teljesen önellátó, minimális ellátást igényel <input type="checkbox"/> Részben önellátó, mérsékelt fokú ellátást igényel <input type="checkbox"/> Részben önellátó, fokozott ellátást igényel <input type="checkbox"/> Önellátás képtelen, teljes körű ellátást igényel  <b>Orvosi felügyelet igénye:</b> <input type="checkbox"/> Napi orvosi felügyeletet és rendszeres orvosi konzultációt, ellenőrzést <u>nem</u> igényel <input type="checkbox"/> Napi orvosi felügyeletet <u>nem</u> , de rendszeres orvosi konzultációt, ellenőrzést <u>igényel</u> <input type="checkbox"/> Napi orvosi felügyeletet <u>igényel</u>	<b>Érzékelés:</b> <b>Hallás:</b> ..... <input type="checkbox"/> normális <input type="checkbox"/> <b>csökkent</b> <input type="checkbox"/> j.o. <input type="checkbox"/> b.o. <input type="checkbox"/> <b>siket</b> <input type="checkbox"/> j.o. <input type="checkbox"/> b.o. <b>Látás:</b> ..... <input type="checkbox"/> normális <input type="checkbox"/> <b>csökkent</b> <input type="checkbox"/> j.o. <input type="checkbox"/> b.o. <input type="checkbox"/> <b>vak</b> <input type="checkbox"/> j.o. <input type="checkbox"/> b.o. <b>Tapintás:</b> <input type="checkbox"/> normális <input type="checkbox"/> csökkent <input type="checkbox"/> érzéskiesés <b>Szaglás:</b> <input type="checkbox"/> normális <input type="checkbox"/> csökkent <input type="checkbox"/> érzéskiesés <b>Izlelés:</b> <input type="checkbox"/> normális <input type="checkbox"/> csökkent <input type="checkbox"/> érzéskiesés  <b>Szédülés:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van
<b>Kommunikáció:</b> <input type="checkbox"/> szóbeli, érthető <input type="checkbox"/> neheztelt (ok):..... <input type="checkbox"/> aphasia <input type="checkbox"/> érthetetlen <input type="checkbox"/> nem beszél <b>Szegédeszközök:</b> <input type="checkbox"/> jelbeszéd <input type="checkbox"/> kommunikációs tábla <input type="checkbox"/> egyéb:.....	

TUDATI ÁLLAPOT, TÁJÉKOZÓDÁS, MENTÁLIS PROBLÉMÁK
<b>Tudati állapot:</b> <input type="checkbox"/> tiszta <input type="checkbox"/> zavart <input type="checkbox"/> aluszékony <input type="checkbox"/> eszméletlen <input type="checkbox"/> vigil coma <input type="checkbox"/> egyéb:..... <b>Tájékozódás:</b> <input type="checkbox"/> Tájékozott <input type="checkbox"/> Tájékozatlan: <input type="checkbox"/> térben <input type="checkbox"/> időben <input type="checkbox"/> önmagát illetően <input type="checkbox"/> <b>Dementia:</b> <input type="checkbox"/> enyhe <input type="checkbox"/> középsúlyos <input type="checkbox"/> súlyos <input type="checkbox"/> Alzheimer kór <b>Megjegyzés:</b> .....  <b>Pszichiátriai kórisme:</b> ..... <b>Menési készletés, kóborlási hajlam:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van <b>Suicid hajlam:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van:.....  <b>Agresszivitás:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van:..... <b>Antiszociális viselkedés:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van:.....

LÉGZÉS, LÉGUTAK ÁLLAPOTA
<input type="checkbox"/> Szabályos <input type="checkbox"/> Neheztelt: <input type="checkbox"/> kilégzéskor <input type="checkbox"/> belégzéskor <input type="checkbox"/> <b>kóros:</b> <input type="checkbox"/> szapora <input type="checkbox"/> csökkent <input type="checkbox"/> Dyspnoe <input type="checkbox"/> Orthopnoe <input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes <input type="checkbox"/> Kussmaul <b>Tracheostoma:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van, megjegyzés:..... <b>Köhögés:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van, jellege:..... <b>Köpetürítés:</b> <input type="checkbox"/> nincs <input type="checkbox"/> van, jellege:.....

KERINGÉS
<input type="checkbox"/> <b>Compensalt</b> <input type="checkbox"/> <b>Decompensalt</b>  <b>Pulzus:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / min <input type="checkbox"/> ritmusos <input type="checkbox"/> nem ritmusos:.....  <b>Vérnyomás:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hgmm <input type="checkbox"/> életkornak megfelelő <input type="checkbox"/> ingadozó:..... <b>Oedema:</b> <input type="checkbox"/> <b>nincs</b> <input type="checkbox"/> <b>van:</b> <input type="checkbox"/> arc <input type="checkbox"/> végtagok:..... <input type="checkbox"/> teljes testfelület <input type="checkbox"/> egyéb:..... <b>Visszértágulat:</b> <input type="checkbox"/> <b>nincs</b> <input type="checkbox"/> <b>van:</b> .....

BŐR ÁLLAPOTA I.
<b>A bőr színe:</b> <input type="checkbox"/> rózsaszín <input type="checkbox"/> sápadt <input type="checkbox"/> cyanoticus <input type="checkbox"/> Egyéb: ..... <b>A kültakaró:</b> <input type="checkbox"/> normális, <input type="checkbox"/> ápolt <input type="checkbox"/> ápolatlan <input type="checkbox"/> helyi gyulladás ..... <input type="checkbox"/> allergia:..... <input type="checkbox"/> kiütéses:..... <input type="checkbox"/> sérülés:..... <input type="checkbox"/> haematoma ..... <input type="checkbox"/> élőködők: .....

BŐR ÁLLAPOTA II.
<b>Seb:</b> <input type="checkbox"/> <b>nincs</b> / <input type="checkbox"/> <b>van:</b> <b>Acut seb (típusa):</b> ..... Helye:..... Mérete: (hossz, átmérő, mélység)..... <b>Váladékozás:</b> <input type="checkbox"/> <b>nem</b> / <input type="checkbox"/> <b>igen:</b> <input type="checkbox"/> savós <input type="checkbox"/> haemo-serosus <input type="checkbox"/> gennyes <b>Váladék mennyisége:</b> <input type="checkbox"/> kevés <input type="checkbox"/> közepes <input type="checkbox"/> bőséges <b>Sebkezelés leírása/ speciális terápia, ill kötszerigénye:</b> .....

**Krónikus, nehezen gyógyuló seb:**  
 fekély (véna ok/ arteriális ok/ diabetes okozta)  sipoly  égési sérülés  tumoros seb   
 stoma/szonda körüli seb  nyirokødema 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 terápiás, 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 terápiás, 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

**Széklelet:**  normál, rendszeres  obstipatio  diarrhoe  véres széklelet  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  szűrő  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 exiccalt, 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 műtéti kezelése, képalkotó diagnosztikai vizsgálatait, labor diagnosztikai, kontroll vizsgálatait nincsenek.*

....., 20..... év .....hónap .....nap

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

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