

OB VARAŽDIN
Služba za plućne bolesti i TBC Klenovnik

tel: 042 390 200
fax: 042 763 316
Mail: premjestaj.klenovnik@gmail.com

OBRAZAC ZA PRIJEM BOLESNIKA

OPĆI PODACI O BOLESNIKU

KONTAKT OSOBA: (obitelj /skrbnik)

Ime i prezime: -----

Ime i prezime:-----

datum rođenja: -----

adresa:-----

adresa: -----

telefon/mobitel:-----

bolesnik i obitelj u cijelost su upoznati sa osnovnom bolesti te suglasni sa premještajem

DA x NE x

ZDRAVSTVENA USTANOVA KOJA PREMJEŠTA BOLESNIKA

naziv ustanove -----

odjel-----

liječnik-----

vrijeme boravka na odjelu -----

EPIKRIZA, indikacije za nastavak liječenja

DIJAGNOZE

OPĆE STANJE BOLESNIKA

pokretljivost – samostalan x uz pomoć x nepokretan x-
deku-bitus da x ne x
mjesto----- stupanj -----

kontinencija - kontrolira sfinktere x inkontinentan x trajni kateter x

disanje - normalno x O2 (L/min) x traheotomiran x NIV x
invazivna meh.ventilacija x

akt gutanja- uredan x otežano x NGS x PEG x TPP x

orijentacija u prostoru i vremenu- potpuno x djelomično x dezorijentiran x

svijest - očuvana x somnolentan x sopor x koma x

TERAPIJA-----

DODATNI TERAPIJSKI I DIJAGNOSTIČKI MOMENTI (dijaliza, transfuzija, kontrole...)--

MIKROBIOLOŠKI NALAZ

datum	Uzorak	nalaz

LABORATORIJSKI NALAZI

L E Hgb Trb CRP K Na GUK Urea Kreatinin Bilirubin AST/ALT

Ostali nalazi-----

Obrazac ispunio-----

Datum-----

Kontakt telefon/fax/mail -----