

Merila za oceno upravičenosti do podaljšane obravnave

Ime in priimek pacienta: _____

Datum in kraj rojstva pacienta: _____

Naslov stalnega oziroma začasnega bivališča pacienta: _____

Kontaktna oseba pacienta (ime in priimek): _____

Naslov bivališča kontaktne osebe pacienta: _____

GSM kontaktne osebe pacienta: _____

Elektronski naslov kontaktne osebe pacienta: _____

Kontaktna telefonska številka oddelka bolnišnice, kjer je bil pacient hospitaliziran: _____

Ocena izpolnjevanja pogojev za zagotavljanje podaljšane obravnave:

1. pacient je prebolel nalezljivo bolezen COVID-19 in ni več kužen

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

Opomba:

Uporabnika, pri katerem je bila potrjena okužba z virusom SARS-CoV-2, se brez kontrolnega brisa obravnava kot nekužnega:

- po 10 dneh od pozitivnega brisa na SARS-CoV-2, če je asimptomatski,
- po 10 dneh od začetka koronavirusne bolezni, če je bil pacient zadnjih 48 ur brez vročine in je minilo 48 ur od začetka umirjanja simptomov in znakov bolezni, če je pacient blago bolan in ne gre za osebo s šibkejšim imunskim odzivom. Če bolezen oz. povišana temperatura trajata dlje, se izolacija podaljša in traja več kot 10 dni, dokler ne mine 48 ur od normalizacije telesne temperature in začetka umirjanja simptomov in znakov bolezni,
- po 20 dneh od začetka bolezni, če je bil uporabnik zadnjih 48 ur brez vročine in je minilo 48 ur od začetka umirjanja simptomov in znakov bolezni pri osebah s hujšim potekom koronavirusne bolezni (npr. tudi potreba po kisiku) ali hudi motnji imunosti (presaditev organov ali krvotvorne matične celice, biološka zdravila, veliki odmerki kortikosteroidov, kemoterapija raka in podobno).

Trajanje izolacije določi zdravnik.

2. bolnišnično zdravljenje pacienta je zaključeno

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

3. pacient je zdravstveno stabilen in bi bil, če bi mu bilo potrebne storitve mogoče zagotavljati v domačem okolju, lahko odpuščen domov

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

4. pacient potrebuje venozno aplikacijo visoko tveganih zdravil

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor DA, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

5. pacient potrebuje aplikacijo kisika v volumnu več kot 3 litre na minuto

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor DA, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

6. pacient je kljub morebitnim težavam na področju duševnega zdravja vodljiv in ne ogroža sebe ali drugih

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

7. pacient ima potencial rehabilitacije in ponovnega bivanja v domačem okolju

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

8. pacient oziroma njegov zakoniti zastopnik soglaša s premestitvijo k izvajalcu podaljšane obravnave

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

9. socialna služba bolnišnice je preverila možnost odpusta pacienta v domače okolje oziroma možnost zagotavljanja potrebnih storitev zdravstvene nege in oskrbe pri izvajalcih v sistemu zdravstva in socialnega varstva v javni mreži, vendar potrebne oskrbe ni bilo mogoče zagotoviti

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

Navedite izvedene aktivnosti socialne službe

10. pacient je seznanjen, da:

- je po zaključenem bolnišničnem zdravljenju upravičen do 30 dnevne zagotavljanja podaljšane obravnave skladno z individualnim načrtom, ki ga pripravi odgovorna oseba izvajalca podaljšane obravnave. Če iz ocene odgovorne osebe izvajalca podaljšane obravnave izhaja potreba po podaljšanju zagotavljanja podaljšane obravnave, se upravičenost lahko podaljša za 30 dni,
- če ga po 60 dneh zagotavljanja podaljšane obravnave zaradi nepopolne samooskrbe ni mogoče odpustiti, nosi stroške, povezane z oskrbo sam.

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

11. z izvajalcem podaljšane obravnave je bil opravljen razgovor o premestitvi pacienta in dogovorjen datum sprejema k izvajalcu podaljšane obravnave

☐ DA ☐ NE

(če je odgovor NE, pacienta ni mogoče premestiti k izvajalcu podaljšane obravnave)

Datum ocene
upravičenosti:

Ime in priimek (tiskano) ter podpis zdravnika

Ime in priimek (tiskano) ter podpis diplomirane medicinske
sestre

Ime in priimek (tiskano) ter podpis diplomiranega fizioterapevta
oziroma diplomiranega delovnega terapevta

ki so opravili oceno upravičenosti do podaljšane obravnave

Žig izvajalca zdravstvene dejavnosti:

Ime in priimek (tiskano) ter podpis pacienta oziroma
zakonitega zastopnika pacienta

*Izpolnjena in podpisana Ocena upravičenosti do podaljšane obravnave je del spremne dokumentacije pacienta ob premestitvi k izvajalcu podaljšane obravnave

Obvezne priloge:

- izvid mikrobiološke preiskave na SARS-CoV-2, iz katerega je razviden datum potrjene okužbe,
- izvid laboratorijske preiskave na MRSA, ESBL,

- odpustna dokumentacija po zaključenem bolnišničnem zdravljenju,
- navodilo za prejemanje zdravil,
- e-recepti za vso aktualno terapijo vsaj za en mesec,
- poročilo službe zdravstvene nege
- poročilo službe fizioterapije oziroma delovne terapije z vključenimi predlogi nadaljnje obravnave.

Privolitev upravičenca v podaljšano obravnavo, seznanitev s pogoji izvajanja in roki

Podpisani (ime in priimek upravičenec/ka) _____ sem bil/a dne _____ s strani lečečega zdravnika/ce (ime in priimek) _____ seznanjen z oceno zdravstvenega stanja, zaključenim zdravljenjem in predlogom za namestitev v objektu _____ na naslovu _____, ki izvaja podaljšano obravnavo, v kateri mi bodo zagotovljene storitve zdravstvene nege, fizioterapije in delovne terapije v obsegu, ki ga bo določil zdravstveni tim v individualnem načrtu podaljšane obravnave.

Seznanjen sem in se strinjam, da so mi namestitev in storitve podaljšane obravnave zagotovljene za 30 dni, z možnostjo podaljšanja, če se sposobnost samooskrbe izboljšuje, in je po oceni odgovorne osebe izvajalca podaljšane obravnave pričakovati nadaljnje izboljšanje, in sicer skupno največ za 60 dni.

Seznanjen sem, da sem po izteku trajanja podaljšane obravnave iz prejšnjega odstavka samoplačnik nastanitve in storitev, ki mi bodo zagotovljene, če izvajalca podaljšane obravnave ne zapustim.

Podpis upravičenca: _____

Če ima upravičenec določenega zakonitega zastopnika:

Podpisani zakoniti zastopnik (ime in priimek) _____ sem bil/a za upravičenca/ke (ime in priimek) _____ dne _____ s strani lečečega zdravnika/ce (ime in priimek) _____ seznanjen/a z oceno zdravstvenega stanja, zaključenim zdravljenjem in predlogom za namestitev v objektu _____ na naslovu _____, ki izvaja podaljšano obravnavo, v okviru katere bodo upravičencu zagotovljene storitve zdravstvene nege, fizioterapije in delovne terapije v obsegu, določenem v individualnem načrtu podaljšane obravnave.

Seznanjen sem in se strinjam, da bodo upravičencu namestitev in storitve podaljšane obravnave zagotovljene za 30 dni, z možnostjo podaljšanja, če se sposobnost samooskrbe izboljšuje, in je po oceni odgovorne osebe izvajalca podaljšane obravnave pričakovati nadaljnje izboljšanje, in sicer skupno največ za 60 dni.

Seznanjen sem, da je po izteku trajanja podaljšane obravnave iz prejšnjega odstavka upravičenec samoplačnik nastanitve in storitev, ki mu bodo zagotovljene, če izvajalca podaljšane obravnave ne zapusti.

Podpis zakonitega zastopnika: _____