

Priloga

»Priloga 1

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 ali oddelka izvajalca medicinske rehabilitacije z namestitvijo na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti, kjer je bil pacient obravnavan:

Ocena izpolnjevanja pogojev za zagotavljanje podaljšane obravnave:

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

☐ DA ☐ NE

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

Opomba:

Pacienta, 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 COVID-19, 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 oziroma povišana temperatura traja 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 COVID-19, če je bil pacient zadnjih 48 ur brez vročine in je minilo 48 ur od začetka umirjanja simptomov in znakov bolezni pri osebah s hujšim potekom COVID-19 (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 ali medicinska rehabilitacija z namestitvijo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni 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 ali izvajalca medicinske rehabilitacije z namestitvijo na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti 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 ali zaključenim medicinski rehabilitaciji z namestitvijo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni upravičen do 30 dnevnega 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, pri čemer se zagotavljanje podaljšane obravnave za posameznega upravičenca zaključuje najpozneje 30. junija 2022;
- če ga po zaključku zagotavljanja podaljšane obravnave v skladu s prejšnjo alinejo 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 ali zaključeni medicinski rehabilitaciji z namestitvijo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni,

- 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

Lečeči zdravnik/ca (ime in priimek) _____ me je dne _____ seznanil/a 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 strinjam se, 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, pri čemer se zagotavljanje podaljšane obravnave zaključi najpozneje 30. junija 2022.

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:

Lečeči zdravnik/ca (ime in priimek) _____ me je za upravičenca/ko (ime in priimek) _____ dne _____ seznanil/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 strinjam se, 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, pri čemer se zagotavljanje podaljšane obravnave za posameznega upravičenca zaključi najpozneje 30. junija 2022.

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: _____ «.
