

KLINIČNA POT OBRAVNAVE BOLNIKA Z BLAGO KOGNITIVNO MOTNJO

Izpolni administrator / med. sestra ob sprejemu v amb. obravnavo

Osebni podatki bolnika	
• ime in priimek	
• rojstni datum	
• naslov	
• številka ZZS	
• tel. številka	
• kontaktna oseba, tel. št.	
• datum sprejema	
• napotna diagnoza	
• lečeči spec. druž. med., kontaktna tel št.	
• lečeči spec. nevrolog	
• lečeči spec. psihiater	

Izpolni zdravnik

Pisno soglasje za obravnavo in/ali diagnostične preiskave

Podpis bolnika

Podpis skrbnika/svojca

(obkroži)

DA NE

datum

Pisno soglasje za avdio-video dokumentiranje bolnika izključno v diagnostično izobraževalne namene za potrebe KOBŽ.

(obkroži)

DA NE

datum

Izpolni medicinska sestra ob sprejemu v amb/ hospitalno obravnavo

Demografski podatki	
spol	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
• izobrazba (leta)	
• poklic	
• ročnost	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L

Demografski podatki	
• status	<input type="checkbox"/> poročen/a, izvenzakon. zv. <input type="checkbox"/> razvezan-a
	<input type="checkbox"/> sam-ski/ska <input type="checkbox"/> vdova/vdovec
• živi sam-a	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
• vozi avtomobil	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

Izpolni medicinska sestra ob sprejemu v amb. obravnavo

Razvade			
kajenje	<input type="checkbox"/> da št. cig./ dan št. let	<input type="checkbox"/> bivši kadilec-ka	<input type="checkbox"/> ne
uživanje alkohola	<input type="checkbox"/> da, občasno	<input type="checkbox"/> , redno <input type="checkbox"/> , redno v preteklosti	<input type="checkbox"/> ne
uživanje prepovedanih drog	<input type="checkbox"/> da, občasno	<input type="checkbox"/> , redno <input type="checkbox"/> , redno v preteklosti	<input type="checkbox"/> ne

Vitalne funkcije		datum	podpis
RR, pulz leže			
RR, pulz stoje			
telesna temperatura <input type="checkbox"/>			
telesna višina cm			
telesana teža kg			

<i>Vitalne funkcije</i>		datum	podpis
BMI kg/m ²			
EKG posnetek			

Izpolni zdravnik ob pregledu

	datum	ime/podpis/žig
Anamneza		
Heteroanamneza		
nevrolški/splošni pregled		

ustrezno označi

<i>kognitivni simptomi</i>	
starost ob začetku	
nastanek simptomov	<input type="checkbox"/> postopen <input type="checkbox"/> nenaden <input type="checkbox"/> nihajoč
slabšanje simptomov	<input type="checkbox"/> enakomerno <input type="checkbox"/> stopničasto
prvi (do max 1 leta) simptomi (bolnik)	<input type="checkbox"/> motnja spomina <input type="checkbox"/> motnja koncentracije <input type="checkbox"/> motnja govora <input type="checkbox"/> motnja izvršitvenih f. <input type="checkbox"/> vidnoprstorska m. <input type="checkbox"/> depresivnost <input type="checkbox"/> apatičnost <input type="checkbox"/> hiperaktivnost <input type="checkbox"/> agresivnost <input type="checkbox"/> psihoza, halucinacije <input type="checkbox"/> osebnostna motnja <input type="checkbox"/> drugo

kognitivni simptomi	
prvi (do max 1 leta) simptomi (svojec)	<input type="checkbox"/> motnja spomina <input type="checkbox"/> motnja koncentracije <input type="checkbox"/> motnja govora <input type="checkbox"/> motnja izvršitvenih f. <input type="checkbox"/> vidnoprostorska m. <input type="checkbox"/> depresivnost <input type="checkbox"/> apatičnost <input type="checkbox"/> hiperaktivnost <input type="checkbox"/> agresivnost <input type="checkbox"/> psihoza, halucinacije <input type="checkbox"/> osebnostna motnja <input type="checkbox"/> drugo
kognitivni simptomi nastali po možg. kapi	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
simptomi (svojec)	<input type="checkbox"/> napredujejo <input type="checkbox"/> ne napredujejo <input type="checkbox"/> ni jasno

družinska anamneza demence	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ni jasno
sorodstvo v 1. kolenu (mama. oče, bratje, sestre, otroci)	<input type="checkbox"/>
sorodstvo v 2. kolenu (stari starši, tete, strici, sestrične, bratranci)	<input type="checkbox"/>
Diagnoza	<input type="checkbox"/> nejasna kog. motnja <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> VaD <input type="checkbox"/> FTD <input type="checkbox"/> druge demence <input type="checkbox"/> Parkinsonova bolezen <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> druga nevrološka bolezen <input type="checkbox"/> nejasna diagnoza

družinska anamneza možgansko žilne bolezni	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni jasno
sorodstvo v 1. kolenu (mama, oče, bratje, sestre, otroci)	<input type="checkbox"/>		
sorodstvo v 2. kolenu (stari starši, tete, strici, sestrične, bratranci)	<input type="checkbox"/>		

družinska anamneza psihiatrične bolezni	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ni jasno
Diagnoza			
sorodstvo v 1. kolenu (mama, oče, bratje, sestre, otroci)	<input type="checkbox"/>		
sorodstvo v 2. kolenu (stari starši, tete, strici, sestrične, bratranci)	<input type="checkbox"/>		

Anamneza

somske bolezni	prejšnja	aktualna
onkološka bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
pljučna bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
bolezen prebavil	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
urogenitalna bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
urinska inkontinenca		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
endokrinološka/metabolna bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		

somatske bolezni	prejšnja	aktualna
mišično-skeletna bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
hematološka bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
dermatološka bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
imunološka bolezen/alergija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		

nevrološka bolezen	prejšnja	aktualna
Parkinsonova bolezen/parkinsonizem		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
epilepsija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
poškodba glave	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
normotenzivni hidrocefalus		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
možganski tumor	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
ataksija		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
nevroimunološka bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
diagnoza		
drugo/ dg		

	prejšnja	aktualna
hipovitaminoza B12	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
pomanjkanje folne kisline	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

	prejšnja	aktualna
Borelioza/ nevroborelioza	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

srčno-žilna bolezen	prejšnja	aktualna
AH $\geq 140/90$ mmHg, z diab. $\geq 130/80$		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
bolezen srca	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
angina pektoris	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
srčni infarkt	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
atrijska fibrilacija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
druga aritmija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
sladkorna bolezen-tbl	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
sladkorna bolezen-insulin		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
stenozna karotid	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
periferno žilno obolenje		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
op- koronarni by.pass-CABG	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
op- perkut. translum. angiopl. PTA	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

možgansko-žilna bolezen	prejšnja	aktualna
TIA	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
možganska kap	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
trombembolična/kortikalna	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
lakunarna	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

možgansko-žilna bolezen	prejšnja	aktualna
možganska parenhimska krvavitev	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
hiperlipid/hiperholesterolemija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
SAH	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

psihiatrična bolezen	prejšnja	aktualna
depresija	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
psihoza	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
anksioznost	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
osebnostna motnja		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
drugo /dg		

motnja spanja		
nespečnost		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
prekomerna dnevna zaspanost		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
RLS/PLMS		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
REM motnja spanja		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

trenutna terapija	da (učinkovina, ime)	ne
Inh. AchE		<input type="checkbox"/>
memantin		<input type="checkbox"/>

trenutna terapija	da (učinkovina, ime)	ne
antidepresiv		<input type="checkbox"/>
benzodiazepin		<input type="checkbox"/>
hipnotik		<input type="checkbox"/>
nevroleptik		<input type="checkbox"/>
analgetik		<input type="checkbox"/>
antiulkusna th		<input type="checkbox"/>
acetilsalicilna kislina		<input type="checkbox"/>
vit B12		<input type="checkbox"/>
folna k.		<input type="checkbox"/>
th za boleznj ščitnice		<input type="checkbox"/>
hipolipemik		<input type="checkbox"/>
antidiabetik- tbl insulin		<input type="checkbox"/>
antihipertenziv		<input type="checkbox"/>
beta blokator		<input type="checkbox"/>
diuretik		<input type="checkbox"/>
ACE inhibitor		<input type="checkbox"/>
Ca-blokator		<input type="checkbox"/>
antiaritmik		<input type="checkbox"/>
digitalis		<input type="checkbox"/>
varfarin		<input type="checkbox"/>
estrogen		<input type="checkbox"/>
NSAID		<input type="checkbox"/>
citostatik		<input type="checkbox"/>
steroid		<input type="checkbox"/>
drugo		<input type="checkbox"/>
vitaminski preparati		<input type="checkbox"/>

trenutna terapija	da (učinkovina, ime)	ne
piracetam/ ginko		<input type="checkbox"/>

Izpolni zdravnik ob pregledu

Somatski pregled bolnika	normalno	nenormalno	opombe	podpis
splošno (koža, perif. pulzi, edemi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
srce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
pljuča	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
trebuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
vratne žile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ščitnica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Izpolni zdravnik ob pregledu

Nevrološki pregled- znaki okvare	da	ne	opombe	podpis
bulbomotorike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
govora-dizartrija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
disfagija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
nistagmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
voha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ostrine vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
primitivni refleksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
sluha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
spodnjega m. nevrona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Nevrološki pregled- znaki okvare	da	ne	opombe	podpis
zgornjega m. nevrona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ekstrapiramidnega sistema-parkinsonizem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
tremor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
mioklonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
druga motnja gibanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
senzorike	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
posturalnih refleksov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
hoje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
motnja drže	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ataksija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Izpolni zdravnik

Kognitivni pregled-motnja	da	ne	opomba/ rezultat	podpis
pozornosti-("digit span")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
orientacije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
spomina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
vidnoprstorskih f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
jezika: produkcija, ponavljanje, razumevanje, tekočnost.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
branja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
pisanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Kognitivni pregled-motnja	da	ne	opomba/ rezultat	podpis
računanja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
apraksija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
agnozija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
abstraktnega mišljenja (interpretacija pregovorov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
presoje (razdalje, velikost, podobnosti, razlike)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
motorično sekvencioniranje (Luria test)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
motivacije (abulija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
kontrole impulzov (impulzivnost, dezinhibicija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
regulacije afekta (čustvena inkontinenca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Izpolni zdravnik

Presejalni test	datum	rezultat	opomba	podpis
KPSS				
MoCA				
PANDA			elektivni test	
TRU				
GDS			elektivni test	
BDI			elektivni test	

Presejalni test	datum	rezultat	opomba	podpis
CDR			elektivni test	
NPI			elektivni test	
FAQ				
Hachinskijeva ocena ishemije				

Izpolni medicinska sestra

Dnevne aktivnosti	da	ne	delno komentar	ob pomoči/nadzoru	podpis
plačevanje računov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
plačevanje z gotovino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
nakupovanje hrane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
drugi nakupi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
uporaba javnega prevoza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
sprehodi po soseski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
izleti izven domačega okolja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
gospodinska opravila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
druga domača opravila, npr. na vrtu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
priprava obroka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
uporaba telefona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
uporaba daljinskega upr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
uporaba računalnika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Izpolni medicinska sestra

osebna nega	popolna samost.	delna samost.	izdatna pomoč	podpis
Oblačenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umivanje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hranjenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nadzor nad odvajanjem	popoln	delni	inkontinenca	podpis
urina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
blata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Izpolni zdravnik

Lab. test	datum	normal.	rezultat/opomba	podpis
Hb		<input type="checkbox"/>		
E		<input type="checkbox"/>		
MCV		<input type="checkbox"/>		
SR		<input type="checkbox"/>		
glukoza		<input type="checkbox"/>		
HbA1C		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Hol		<input type="checkbox"/>		
HDL		<input type="checkbox"/>		
Tg		<input type="checkbox"/>		
S- albumini		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Na		<input type="checkbox"/>		
K		<input type="checkbox"/>		
urea		<input type="checkbox"/>		
kreatinin		<input type="checkbox"/>		
γ-GT		<input type="checkbox"/>		
ALT		<input type="checkbox"/>		
AST		<input type="checkbox"/>		

Lab. test	datum	normal.	rezultat/opomba	podpis
Vit B12		<input type="checkbox"/>		
folna kislina		<input type="checkbox"/>		
TSH		<input type="checkbox"/>		
homocistein		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-albumini		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-glukoza		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-celice		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-imunoglobulini		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-amiloid β		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-T tau		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lc-P tau		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Borelia B.		<input type="checkbox"/>	elektivno	
HIV		<input type="checkbox"/>	elektivno	
Lues		<input type="checkbox"/>	elektivno	
drugo				

Izpolni zdravnik

Preiskava	Datum	opomba	podpis
CT možganov		CT ali MR	
MR možganov		MR ali CT	
perfuzijski SPECT možganov		elektivni test	
PET možganov		elektivni test	
DAT scan		elektivni test	
EEG		elektivni test	
LP		elektivni test	
psihološki pregled			
drugo			

Izpolni zdravnik

farmakološko zdravljenje	ime	datum uvedbe	odmerek	str. učinki da/ne,	th. ob odpustu da/ne	podpis

farmakološko zdravljenje	ime	datum uvedbe	odmerek	str. učinki da/ne,	th. ob odpustu da/ne	podpis
inhibitor AchE						
antidepresiv						
anksiolitik						
hipnotik						
nevroleptik						
drugo						

Izpolni zdravnik

Ugotovitve kontrolnih obravnav:

Končne DIAGNOZE in ŠIFRE:

Lečeči zdravnik:

Izdani Rp za:

Izdane napotnice za:

KONTROLNI PREGLED (izpolni administrator)

Datum:

pri (ime in priimek zdravnika)

Navodila za izpolnjevanje obrazca:

Vsakdo je dolžan vpisati svoje ime, priimek in se podpisati na označenem mestu.

Vsako izvršeno aktivnost je potrebno odključati ali označiti odgovor Da ali Ne. Na posebno označenih mestih je potrebno v rubriko vpisati podatek.

V kolikor so določene aktivnosti časovno odvisne, se vpiše še čas izvajanja aktivnosti.

Klinična pot sloni na kliničnih dokazih ter načelih dobre klinične prakse. Kljub temu je potrebno na klinično pot gledati kot navodilo, ki dopušča tudi odstopanja. Vsekakor pa je treba odstopanja obvezno vpisati v obrazec z datumom in časom odstopanja od klinične poti, ter pod opombo razložiti zakaj je do odstopanja prišlo. Odstopanja od klinične poti je potrebno na periodičnih sestankih tima evaluirati. V kolikor se odstopanje izkaže za pozitivno, je lahko osnova za spremembo klinične poti. V nasprotnem primeru pa je potrebno od člana tima zahtevati spremembo načina dela.

Pri vsakem pregledu je potrebno izpolniti vse stolpce anamneze ter fizikalnega pregleda.

potrdilo, da je aktivnost izvršena

Začetnice: potrdilo, da je aktivnost izvršena

LEGENDA KRATIC: (dodano kasneje)

Opomba:.....

Osnutek pripravila: Milica G. Kramberger