

KLINIČNA POT OBRAVNAVE BOLNIKA Z ZGODNJO OBLIKO PARKINSONOVE BOLEZNIJO

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

Vitalne funkcije		datum	podpis
RR, pulz leže			
RR, pulz stoje			
telesna temperatura			
telesna višina cm			
telesana teža kg			
BMI kg/m ²			
EKG posnetek			

Izpolni zdravnik ob pregledu

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

ustrezno označi (☐)

kognitivni simptomi	
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

kognitivni simptomi	
prvi simptomi	<input type="checkbox"/> akineza <input type="checkbox"/> tremor <input type="checkbox"/> posturalne motnje <input type="checkbox"/> depresivnost <input type="checkbox"/> motnja voha <input type="checkbox"/> zaprtost <input type="checkbox"/> motnja faze spanja REM <input type="checkbox"/> motnje koncentracije, spomina <input type="checkbox"/> bolečina <input type="checkbox"/> drugo
prvi znaki	<input type="checkbox"/> akineza <input type="checkbox"/> tremor <input type="checkbox"/> rigidnost <input type="checkbox"/> posturalne motnje <input type="checkbox"/> kognitivne motnje <input type="checkbox"/> depresivnost <input type="checkbox"/> apatičnost <input type="checkbox"/> psihoza, halucinacije <input type="checkbox"/> drugo
latrogeno pogojen parkinsonizem	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Asimetrična simptomatika	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Bolj prizadeta stran	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> L

družinska anamneza PB	<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"/> Parkinsonova bolezen <input type="checkbox"/> parkinsonizem <input type="checkbox"/> esencialni tremo <input type="checkbox"/> druga nevrološka bolezen <input type="checkbox"/> nejasna diagnoza		

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

somatske bolezni	prejšnja		aktualna	
onkološka bolezen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
diagnoza				

somatske bolezni	prejšnja	aktualna
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		
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		

nevrolška bolezen	prejšnja	aktualna
Alzheimerjeva bolezen	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	<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

nevrološka bolezen	prejšnja	aktualna
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		

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 pectoris	<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
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

motnja spanja		
REM motnja spanja		<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne

trenutna terapija	da (učinkovina, ime)	ne
levodopa		<input type="checkbox"/>
Dopaminski agnisti		<input type="checkbox"/>
Inh. MAO-B		<input type="checkbox"/>
COMT inhibitor		<input type="checkbox"/>
Inh. AchE		<input type="checkbox"/>
memantin		<input type="checkbox"/>
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 bolezni 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"/>

trenutna terapija	da (učinkovina, ime)	ne
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"/>
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-dizartrijska	<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"/>		
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"/>		
senzorične	<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"/>		
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
H&Y				
UPDRS				
KPSS				
MoCA				
BDI			elektivni test	

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"/>	

Preiskava	Datum	opomba	podpis
CT možganov		CT ali MR	

Preiskava	Datum	opomba	podpis
MR možganov		MR ali CT	
FDG/PET možganov		elektivni test	
DAT scan		elektivni test	
LP		elektivni test	
psihološki pregled			
drugo			

Izpolni delovni terapevt

dnevne aktivnosti	da	opomba	podpis
samostojnost	<input type="checkbox"/>		
potrebna vzpodbuda	<input type="checkbox"/>		
potreben nadzor	<input type="checkbox"/>		
potrebna delna pomoč	<input type="checkbox"/>		
potrebna popolna pomoč	<input type="checkbox"/>		

DTH	datum	opombe	podpis
obravnave			
izvid			
AMPS			
Rp pripomoček			

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"/>	

Izpolni socialna delavka

izdana vloga za	datum	opomba	podpis
pomoč na domu			
skrbništvo			
namestitev v DSO			
denarni dodatek			

Izpolni zdravnik

farmakološko zdravljenje	ime	datum uvedbe	odmerek	str. učinki da/ne,	th. ob odpustu da/ne	podpis
levodopa						
DA						
Inhibitor MAO-B						
COMT inhibitor						
amantadin						
antidementiv						
drugo						

Izpolni 16 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)

Osnutek pripravili: Maja Trošt in Milica G. Kramberger