

**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:

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 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 uporabnik 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 prestitutvijo 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 zaključeni 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,
- 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 ali zaključeni medicinski rehabilitaciji z namestitvijo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni,
- navodilo za prejetje 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: \_\_\_\_\_