

KLINIČNA POT - PREDPISOVANJE ENOKANALNEGA FUNKCIONALNEGA ELEKTRIČNEGA STIMULATORJA PRI BOLNIKIH S HEMIPAREZO/HEMIPLIGIJO

Nalepka s pacientovimi podatki

I. IZBOR PACIENTOV

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Anamneza in klinični pregled	zdravnik			
Indikacija za predpisovanje Spodbujanje plastič. CZS Spastičnost Ortotski pripomoček	zdravnik			

II. TESTIRANJE

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Ocena motoričnih funkcij (FT test)	fizioterapevt			
Pasivna gibljivost sklepov	fizioterapevt			
Ocena spastičnosti (mAsch)	fizioterapevt			
Ocena senzibilnosti	fizioterapevt			
Bolečina (VAS)	fizioterapevt			
Test FES	fizioterapevt			
Pacient motiviran za FES	fizioterapevt/ zdravnik			
Pacient/svojci naučeni uporabe	fizioterapevt			
Predlog za vrsto električnega stimulatorja	fizioterapevt			

III. PREDPISOVANJE

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Naročilnica MTP	zdravnik/ administrator			
Predlog imenovanemu zdravniku ZZS	zdravnik/ administrator			
Utemeljitev /izvid ambulantnega pregleda	zdravnik			
Oddano v vložišče URI-Soča za potrditev na ZZS	DMS/ administrator			

IV. PREVZEM

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Informacija o možnosti prevzema MTP	IOP			
Predviden datum prevzema MTP	fizioterapevt/ zdravnik			
Vabilo na prevzem MTP	administrator			
Prevzem ES v lekarni URI-Soča	IOP			
Preskus in aplikacija ES v FT	fizioterapevt			
Edukacija pacienta in svojcev o uporabi MTP	fizioterapevt			
Napotki za uporabo FES (zloženska) pacientu in svojcev	fizioterapevt			

V. SLEDENJE

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Kontrolni pregled – ocena funkcijskega stanja 1x letno	zdravnik			
Preverjanje delovanja ES / po potrebi (pomanjkljiv odgovor na draženje, nedelovanje ES)	fizioterapevt			
Predpisovanje rezervnih delov / 3 mesece	zdravnik			