



## KLINIČNA POT ZA PREDPIS ELEKTRIČNEGA STIMULATORJA PRI PACIENTIH Z OKVARO HRBTENJAČE

(NALEPKA)

Priimek in ime:

Rojstni podatki:

Naslov:

Matična številka:

### I. IZBOR PACIENTOV

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Ambulantna obravnava	zdravnik			
Hospitalna obravnava	zdravnik			
Indikacija za predpis ES: <input type="checkbox"/> stoja <input type="checkbox"/> hoja	zdravnik			

### II. TESTIRANJE

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Ocena motoričnih funkcij (MMT)	fizioterapevt			
Pasivna gibljivost sklepov	fizioterapevt			
Ocena spastičnosti (MASH)	fizioterapevt			
Ocena senzibilnosti	fizioterapevt			
Bolečina (VAS)	fizioterapevt			
Test FES <input type="checkbox"/> pozitiven <input type="checkbox"/> negativen	fizioterapevt			
Motivacija za pripomoček	fizioterapevt			
Predlog za vrsto ES za desno spodnjo okončino <input type="checkbox"/> enokanalni ES <input type="checkbox"/> dvo-kanalni ES	fizioterapevt			
Predlog za vrsto ES za desno spodnjo okončino <input type="checkbox"/> enokanalni ES <input type="checkbox"/> dvo-kanalni ES	fizioterapevt			
Pacient/svojci usposbljen za uporabo	fizioterapevt			

### III: PREDPISOVANJE

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Naročilnica za ES	zdravnik / administrator			
Predlog imenovanemu zdravniku ZZZS	zdravnik / administrator			
Utemeljitev / izvid ambulantnega pregleda	zdravnik / administrator			
Dokumentacija predana v vložišče	DMS / administrator			

### IV. ODOBRITEV IN DOBAVA

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Dokumentacija predana v lekarno	administrator-vložišče			KLINIČNA POT NE POTEKA NA ODDELKU ZA REHABILITACIJO OSEB Z OKVARO HRBTENJAČE
Dokumentacija poslana na ZZZS	IOP/lekarna			
Prevzem naročilnice in odločbe ZZZS	pacient			
Poziv lekarne pacientu za predajo naročilnice	IOP/lekarna			
Predaja naročilnice lekarni	pacient			
Naročilo ES	IOP/lekarna			
Predaja ES lekarni	dobavitelj/IOP			

### V. PREVZEM

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Informacija o prevzemu ES	IOP/fizioterapevt			
Določitev datuma prevzema ES	fizioterapevt/zdravnik			
Vabilo pacientu za prevzem ES	administrator			
Prevzem ES v lekarni	IOP/pacient			
Preizkus in aplikacija ES	fizioterapevt			
Edukacija pacienta / svojcev	fizioterapevt			
Napotki za uporabo ES	fizioterapevt			

### VI. SLEDENJE

POSTOPEK	ODGOVORNA OSEBA	DATUM	PODPIS	ODSTOPANJA
Kontrolni pregled in ocena funkcijskega stanja 1x letno	zdravnik			
Kontrola delovanja ES	fizioterapevt			
Predpisovanje rezervnih delov/ 3 mesece	zdravnik			