

NAPOTNICA ZA ZDRAVSTVENOVZGOJNE PROGRAME

IME IN PRIIMEK: _____

Datum napotitve iz RADM/ADM: _____

NASLOV: _____

Vrsta pregleda: a) prvi
b) ponovni/kontrolni

ROJEN/A: _____

IZBRANI ZDRAVNIK: _____

TELEFON: _____

KLINIČNI PREGLED:

Telesna masa:	kg	Telesna višina:	cm	ITM:
Obseg pasu:	cm			
Krvni tlak:	/ mmHg	Krvni sladkor:	mmol/l	
Celotni lipidogram:				
Celokupni holesterol: _____ mmol/l		LDL holesterol: _____ mmol/l		
HDL holesterol: _____ mmol/l		Trigliceridi: _____ mmol/l		
Redno vključevanje v program:				
Svit:	DA / NE / NI	Zora:	DA / NE	Dora: DA / NE

PRISOTNI DEJAVNIKI TVEGANJA:			
*	Nezdravo prehranjevanje	Telesna nedejavnost	Kajenje
	Tvegano/škodljivo pitje alkohola	Stres	Zvišan krvni tlak
Zvišane vrednosti maščob v krvi			

PRISOTNA OGROŽENOST ZA KRONIČNE BOLEZNI:			
Za srčno-žilne bolezni – srčno-žilna ogroženost: _____ %			
Za sladkorno bolezen tip 2		Za KOPB	Za depresijo

PRISOTNE KRONIČNE BOLEZNI:			
Srčno-žilne bolezni		Sladkorna bolezen tipa 2	Debelost
KOPB		Depresija	Anksioznost
Arterijska hipertenzija			

Ostale prisotne bolezni/stanja, ki predstavljajo omejitve oz. posebno obravnavo v CKZ:

**PACIENTU SVETUJEM UDELEŽBO NA NASLEDNIH ZDRAVSTVENOVZGOJNIH
DELAVNICAH/INDIVIDUALNIH SVETOVANJIH:**

TEMELJNE OBRAVNAVE ZA KREPITEV ZDRAVJA	
	Zdravo živim/Življenjski slog
	Ali sem fit?
	Tehnike sproščanja
	Zvišan krvni tlak ¹
	Zvišane maščobe v krvi ¹
	Zvišan krvni sladkor ¹
	Sladkorna bolezen tipa 2 ²
	Test telesne pripravljenosti za odrasle/starejše

POGLOBLJENE OBRAVNAVE ZA KREPITEV ZDRAVJA – Svetovalnica za zdrav življenjski slog	
	Zdravo jem
	Gibam se
	Zdravo hujšanje
	S sladkorno boleznijo skozi življenje ²

POGLOBLJENE OBRAVNAVE ZA KREPITEV ZDRAVJA – Svetovalnica za duševno zdravje	
	Spoprijemanje s stresom
	Podpora pri spoprijemanju z depresijo
	Podpora pri spoprijemanju s tesnobo

POGLOBLJENE OBRAVNAVE ZA KREPITEV ZDRAVJA – Svetovalnica za tvegana vedenja	
	Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja
	Individualno svetovanje za opuščanje kajenja
	Individualno svetovanje za opuščanje tvegane/škodljivega pitja alkohola **

* V kvadratah pred besedilom vnesi X v kolikor so prisotni dejavniki tveganja, ogroženost za kronične bolezni, kronične bolezni in željeno napotitev v obravnave.

POSEBNOSTI:

- Pripravljenost za vključitev v CKZ/ZVC: Da / Ne / NE VE

**Podpis in žig napotnega zdravnika/
diplomirane medicinske sestre:**

¹ Obravnava se izvaja v ZVC in CKZ

² Obravnava se izvaja samo v CKZ