



ZU DOM ZDRAVLJA KLJUČ
CENTAR ZA MENTALNO ZDRAVLJE
tel.: 037/663-263; fax.: 037/661-120
E - mail: cmzkljuc@bih.net.ba

PROCEDURA 7.0

PROCEDURA O DOBROVOLJNOJ HOSPITALIZACIJI OSOBA SA MENTALNIM POREMEĆAJEM

Datum usvajanja: 09.10.2012.

Proceduru odobrio: Direktor Doma zdravlja Ključ

Procedura se odnosi na dobrovoljnu hospitalizaciju osobe sa mentalnim poremećajem.

Opća izjava o politici: po preporuci spec. neuropsihijatra, a u njegovom odsustvu, drugog ljekara, I po ukazanoj potrebi, osoba sa mentalnim poremećajem u stanju izrazitog pogoršanja, upućuje se na dobrovoljnu hospitalizaciju. Ova procedura se primjenjuje isključivo u ZU Domu zdravlja Ključ.

Distribucija I nadzor:

- Za distribuciju procedure odgovoran je Načelnik Centra za mentalno zdravlje Ključ
- Procedura se nalazi u knjizi procedura u Centru za mentalno zdravlje, kopija procedura nalazi se u ZU Dom zdravlja Ključ (služba porodične/obiteljske medicine; služba hitne medicinske pomoći).
- Za primjenu procedure odgovorni su uposlenici Centra za mentalno zdravlje Ključ, ljekari i srednji medicinski kadar u službama porodične/obiteljske medicine i hitne medicinske pomoći.
- Nadzor nad primjenom procedure vrše Direktor ZU Dom zdravlja Ključ, šefovi službi I glavna medicinska sestra.
- Provjeru adekvatnosti primjene procedure vrše: Direktor Doma zdravlja Ključ, Tim Centra za mentalno zdravlje Ključ, Radna grupa za provjeru adekvatnosti procedura pri ZU Dom zdravlja Ključ.

Opis procedure:

- Po prijemu klijenta, medicinska sestra/tehničar upisuje podatke u protokol službe gdje je klijent primljen (ime i prezime, JMBG, vrsta osiguranja)
- Odlukom nadležnog ljekara službe, a nakon detaljnog pregleda klijenta i konsultacija sa nadležnim spec.neuropsihijatom, piše se uputnica za hospitalizaciju na Odjel psihijatrije pri Općoj bolnici Sanski Most. Shodno Zakonu o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama, klijent koji pristine na dobrovoljnu hospitalizaciju, dužan je da se svojeručno potpiše u Obrazac 6.1. (u prilogu).
- U slučaju da se radi o djetetu (do 14. godina starosti), maloljetnom licu (do 18. godina starosti) i/ili osobi kojoj je oduzeta poslovna sposobnost, odobrenje daje roditelj i/ili zakonski staratelj/zastupnik.
- Po ukazanoj potrebi, klijentu se aplicira određena terapija od strane nadležnog ljekara, uz prethodnu konsultaciju sa nadležnim neuropsihijatom.
- Ovisno o aktuelnoj kliničkoj slici mentalnog poremećaja, nadležni ljekar odlučuje da li je potrebna pratnja medicinske sestre/tehničara (do 15.00 sati se može angažirati medicinska sestra/tehničar Centra za mentalno zdravlje; od 15.00 sati medicinska sestra/tehničar iz službe koja šalje klijenta) i/ili užeg člana obitelji.

Vrijeme revidiranja: Revizija ove procedure vrši se svake tri godine.

Direktor ZU Dom zdravlja Ključ: dr. Mirsad Halilović



ZU DOM ZDRAVLJA KLJUČ
CENTAR ZA MENTALNO ZDRAVLJE
tel.: 037/663-263; fax.: 037/661-120
E - mail: cmzkljuc@bih.net.ba

Obrazac 7.1. *Pristanak klijenta na dobrovoljnu hospitalizaciju*

ZU Dom zdravlja Ključ

Služba: _____

Tel. _____

Ime i prezime klijenta: _____

JMBG: _____

Adresa stanovanja: _____

Vrijeme pregleda: _____

Karakteristike psihičkog, somatskog i neurološkog statusa:

Dijagnoza (na latinskom i MKB šifra):

Ovom prilikom izjavljujem da sam, od strane nadležnog ordinarijusa, upoznat sa prednostima i nedostacima mog dobrovoljnog smještaja na Psihijatrijski odjel, te dajem svoju svojevolutnu saglasnost.

Ime i prezime klijenta/roditelja/zakonskog staratelja i/ili zastupnika

Copyright © 2012 DOM ZDRAVLJA KLJUČ

Ovaj dokument predstavlja vlasništvo ZU Dom zdravlja Ključ (Centar za mentalno zdravlje Ključ). Namijenjen je za javnu objavu, njime se može svako koristiti, na njega se pozivati, uz obavezno navođenje izvora podataka. Korištenje ovog dokumenta protivno gornjim navodima, povreda je autorskih prava, sukladno Zakonu o autorskom pravu i srodnim pravima BiH. Počinitelj takve aktivnosti podliježe kaznenoj odgovornosti.