

POSUDEK LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele

Příspěvek na péči:

Doklad k žádosti*: Odlehčovací služby

Rodné číslo žadatele:

Zdravotní pojišťovna:

Jméno a příjmení praktického lékaře žadatele: _____

1. Žadatel

příjmení (u žen též rodné jméno)

jméno

narozen

den, měsíc, rok

místo

bydliště

místo

ulice

číslo popisné

okres

pošta

směrovací číslo

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

Rizikové situace, kterým je nutno předcházet při péči o žadatele:

3. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status praesens localis):

Zdravotní omezení, která vyplývají ze zdravotního stavu žadatele a souvisejí s poskytováním péče o něho:

Trpí žadatel alergií?

ANO - NE*)

Na co:

Má žadatel defekty na kůži (rány, opruzeniny, dekubity, bércové vředy,...)?

ANO - NE*)

Lokalizace a rozsah defektu:

Druh a četnost ošetřování:

4. Duševní stav:

Projevují se u žadatele **známky agresivity** (slovní, fyzické), **neklidu**?

ANO - NE*) Druh, četnost:

Je žadatel schopen **soužití v kolektivu** s dalšími seniory na vícelůžkovém pokoji?

ANO - NE*) Důvod:

Trpí žadatel **poruchami spánku**?

ANO - NE*) Druh poruchy:

5. **Diagnóza** (česky):
a) hlavní
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Statická značka hlavní choroby
podle mezinárodního seznamu

Jeví žadatel známky **akutního infekčního nebo parazitárního onemocnění**?

ANO - NE*) Druh:

6. Přílohy **a) popis rtg snímku plic ne staršího 1 měsíce (neplatí pro odlehčovací služby)**

b) výsledné vyjádření o bacilonosičství

c) podle potřeby – na návrh ošetřujícího lékaře – výsledky vyšetření neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. Chirurgického a interního, popř. laboratorní vyšetření.

7. **Je pod dohledem odborného lékaře** – psychiatra, neurologa, plicního, kožního, ortopeda, diabetologa, ...?

ANO - NE*) Jméno, kontakt

8. **Dieta**, nutná úprava stravy:

9. **Plánovaná vyšetření** v době pobytu (vyplnění jen při odlehčovacím pobytu):

10	Je schopen chůze bez cizí pomoci		ANO	-	NE*)
	Je upoután trvale – převážně*) na lůžko		ANO	-	NE*)
	Je schopen sám sebe obsloužit		ANO	-	NE*)
	Pomočuje se	trvale	ANO	-	NE*)
		občas	ANO	-	NE*)
		v noci	ANO	-	NE*)
	Potřebuje lékařské ošetření	trvale	ANO	-	NE*)
		občas	ANO	-	NE*)
	Potřebuje péči zdravotní sestry? (aplikace injekcí, inzulínu, odběry krve, převazy,...)		ANO	-	NE*)

Orientován(a): (zakroužkujte) _____ místem / časem / osobou / situací

Datum posledního očkování proti tetanu: _____

Potřebuje zvláštní péči – jakou: (další údaje, které mohou mít vliv na poskytování služby)

10. Závěrečné vyjádření praktického lékaře o vhodnosti/nevhodnosti umístění žadatele do sociální služby?

Místo a datum

Razítko a podpis

V případě vhodnosti umístění žadatele do služby prosíme vyplnit následující stranu.

*) Nehodící se škrtněte !

Jméno a příjmení žadatele:	
Datum narození:	

	Název léku:	Dávkování:	ráno	poledne	večer	noc
1.	Tablety:					
2.	Kapky, sirupy:					
3.	Injekce:					
4.	Masti:					

Je žadatel schopen se sám **vlastnoručně podepsat**?

ANO / NE Důvod: _____

Je žadatel schopen **sám jednat při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby**?

ANO / NE Důvod: _____

Pokud ne, má ustanoveného opatrovníka nebo zmocněnce? ANO / NE

Místo a datum

Razítko a podpis