

Vyjádření ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele žádajícího o poskytnutí sociální služby

Prosíme lékaře v oboru všeobecné praktické lékařství, popřípadě v situaci umístění osoby v sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jejich ošetřujícího lékaře, o vyplnění zdravotních údajů této osoby dle níže uvedených kategorií dat z důvodu jejich dalšího posuzování individuálních potřeb osoby vyplývajících ze zdravotních stavů registrovanými všeobecnými sestrami dané sociální služby.

1. Žadatel :

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Bydliště: _____

2. Základní diagnóza (dle MKN, s doplněním slovně):

3. Ostatní choroby nebo chorobné stavy (dle MKN, s doplněním slovně):

4. Zhodnocení celkového zdravotního stavu:

Je žadatel pod dohledem jiného odborného lékaře? Ano Ne
pokud ano, jakého:

Je pozitivní HBSAg? Ano Ne

Je v uplynulých 3. měsících veden jako pozitivní bacilonosič? Ano Ne
-pokud ano, jaký typ:

Proběhlo u žadatele během uplynulých 3. měsíců parazitologické onemocnění?

-pokud ano, jaké a jak léčeno

Ano Ne

Je pozitivní TBC?

-pokud ano, jaký typ, léčba:

Ano Ne

Je žadatel HIV pozitivní?

Potřebuje trvale lékařskou péči?

-pokud ano, jakou:

Ano Ne

Ano Ne

Má zaveden NGS nebo PEG?

Potřebuje speciální léčbu O2?

Potřebuje infuzní terapii?

Má nějaké smyslové omezení?

-pokud ano, jaké:

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Potřebuje jinou zvláštní péči?

-pokud ano, jakou:

Ano Ne

5. Zhodnocení duševního stavu:

Objevují se projevy zapomínání?

Je orientován časem?

Je orientován místem?

Je orientován vlastní osobou?

Objevují se projevy sebepoškozování?

Objevují se projevy ubližování ostatním v jeho okolí?

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Ano Ne

Objevuje se narušování soužití v kolektivu?	Ano	Ne
Objevují se prvky agresivního chování?	Ano	Ne
Užívá osoba nadměrně alkohol?	Ano	Ne
Užívá osoba návykové látky?	Ano	Ne

6. Fyziologické potřeby

Trpí osoba inkontinencí?	Ano	Ne
Pokud ano, jaké používá pomůcky _____		

7. Mobilita (vyberte vhodnou variantu):

- chodí zcela bez pomoci
- s pomocí jedné hole/berle
- s pomocí dvou holí/berlí
- s pomocí nízkého chodítka
- s pomocí vysokého chodítka
- s pomocí druhé osoby (podpěra)
- samostatně na invalidním vozíku
- s pomocí na invalidním vozíku
- ujde pouze krátké vzdálenosti
- trvale upoután na lůžko (časté polohování)
- částečně upoután na lůžko (sedne si)
- chodí, ale ztrácí se, netrefí zpět

Je schopen sám polohy v sedě?	Ano	Ne
-------------------------------	-----	----

8. Péče o zdraví:

Je osoba schopna sama dodržovat léčebný režim?	Ano	Ne
Potřebuje osoba pomoci s přípravou léků a léčivých přípravků?	Ano	Ne
Je osoba schopna sama si podat léky a léčivé přípravky?	Ano	Ne
Je potřeba při podávání léků kontrolovat polykací reflex?	Ano	Ne

9. Stravování

Má osoba nějaké dietní omezení? Ano Ne

Pokud ano, jaké: _____

Je potřeba osobě stravu porcovat či mixovat? Ano Ne

Podává se osobě strava do sondy? Ano Ne

Pokud ano, jaká: _____

Doporučujeme:

K tomuto formuláři připojit kopie posledních zpráv z vyšetření odborných lékařů – specialistů (neurolog, psychiatr apod.).

Jméno, podpis, razítko vyšetřujícího lékaře

Dne: _____

Prosíme o přesné a pečlivé vyplnění tiskopisu a nezamlčování důležitých skutečností.