**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE K ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

**V SOCIÁLNĚ ODLEHČOVACÍM CENTRU**

**Kamenická 46, Praha 7**

Jméno a příjmení klienta: ………………………………………………...…………………………...

Rodné číslo: ……………………..….…………… Zdravotní pojišťovna: ………….………………

Bydliště: …………………………...………………………………………………………………….

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

prosíme o vyplnění následujícího formuláře, který bude předán zdravotnickému personálu Sociálně odlehčovacího centra Praha 7 a zajistí kvalitu poskytované zdravotní péče v našem zařízení.

**Trpí žadatel aktuálně níže uvedenými nemocemi?**

Infekční a parazitární choroby všech druhů a stádií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění: **[ ]** ANO **[ ]**  NE

Tuberkulóza: **[ ]** ANO **[ ]**  NE

Pohlavní choroby v akutním stadiu: **[ ]** ANO **[ ]**  NE

Jiná infekční onemocnění, kterými by mohl klient ohrozit své okolí:

…………………………………………………………………………………………………………

**Stálá medikace (název léku, síla léku, užívání):**

**V minulosti prodělaná závažná onemocnění** **a onemocnění** **vztahující se k užívané medikaci:**

Je žadatel pod dohledem specializovaného oddělení ZZ např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického a interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.?

[ ]  ANO; jaké oddělení zdravotnického zařízení [ ]  NE

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Potřebuje lékařské ošetření: [ ]  trvale; [ ] občas

Chronické rány (dekubity, bércové vředy)

[ ]  ANO  [ ]  NE

lokalizace, velikost, popis a léčebný postup: ….………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Tělesná hmotnost:** …………….

**Dieta:** …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Alergie:** ……………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………

**Schopnost péče o vlastní osobu:**

[ ]  zvládá zcela sám/a;  [ ]  zvládá s asistencí [ ]  plně závislý/á na pomoci jiné osoby

**Chůze:**

[ ]  bez pomoci [ ]  s pomocí druhé osoby; [ ]  s holí/chodítkem, [ ]  nechodící

**Inkontinence moči:**

[ ]  občasná;  [ ]  v noci;  [ ]  trvale; [ ]  permanentní katetr

**Inkontinence stolice: [ ]**  občasná; **[ ]**  v noci; **[ ]**  trvale

**Schopnost orientace (místem, časem, osobou):**

[ ]  zvládá zcela sám/a; [ ]  zvládá s asistencí [ ]  plně závislý/á na pomoci jiné osoby

Smyslové a komunikační poruchy žadatele:

závažná porucha zraku sluchu – komunikace (afázie)

[ ]  ANO [ ]  ANO

[ ]  NE [ ]  NE

Je žadatel agresivní? [ ] ANO [ ]  NE

Převládá u něj noční aktivita? [ ] ANO [ ]  NE

**Psychiatrická diagnóza:**

[ ]  ANO; jakou a může tato ovlivnit [ ]  NE

chování žadatele tak, že by mohl ohrozit sebe i druhé:

…………………………………………………………………………………………………………

Demence:

[ ]  ANO; typ/druh a stupeň rozvoje a popis projevů: [ ]  NE

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál, případně formou přílohy (např. sdělení o případné pozitivitě u chron. hepatitid, event. jiný závažný nález):

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování ve zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 72 a 75 odst. 1 vyhlášky č. 182/1991 Sb. v platném znění, s přihlédnutím ke znění přílohy č. 7 odst. 3 této vyhlášky.

V …..………… dne…………………

 …. ……………………………………….…

Jméno lékaře, podpis, telefon a razítko