**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