

**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 odlehčovacím 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, bérkové 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**

- ANO
 NE

sluchu – komunikace (afázie)

- ANO
 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 pozitivě u chron. hepatid, 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.

ORP poukaz na poskytování zdravotní ošetrovatelské péče vyplním/potvrdím (podrobné informace poskytneme na tel. 778 797 282)

- ANO NE

V dne.....

.....

Jméno lékaře, podpis, telefon a razítko