

Příloha č.2 k žádosti o pobyt v pobytovém zařízení Vila Vitae

**POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU OSOBY, KTERÁ
ŽÁDÁ O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM**

Jméno a příjmení žadatele:.....

Datum narození..... Rodné číslo.....

Upozornění:

Vzhledem k tomu, že v zařízení není trvale přítomen lékař, je nutné, aby byl žadatel při příchodu vybaven léky a jinými zdravotními pomůckami, které pravidelně užívá, rovněž je nezbytné zajistit jejich doplňování dle potřeby. Při změně zdravotního stavu je třeba konzultovat se sociální pracovníci zařízení, zda je příjem možný. Pokud tak nebude učiněno nebo bude-li nějaká významná informace zamlčena, je zařízení oprávněno klienta nepřijmout.

Vyplní OŠETŘUJÍCÍ lékař žadatele

Registrující praktický lékař:.....

Objektivní nález (status praesens generalis, v případě orgánového postižení i status localis):

Diagnóza (česky)

Statistická značka hlavní choroby podle mezinárodního seznamu

a) hlavní

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

Psychiatrická léčba ne – ano * od kdy diagnóza

Potřebuje v současné době péči psychiatra? Pokud ano, uveďte.

Je pod dohledem jiného specialisty? Pokud ano, uveďte.

Je zjištěn návyk na alkohol?



Je orientovaný/á?

- | | | | | | | |
|--------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|----|
| Místem | <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | částečně | <input type="checkbox"/> | ne |
| Časem | <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | částečně | <input type="checkbox"/> | ne |
| Osobou | <input type="checkbox"/> | ano | <input type="checkbox"/> | částečně | <input type="checkbox"/> | ne |

Je agresivní?

Noční aktivita?

Jiné údaje:

Údaje o soběstačnosti:

- | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----------|--------------------------|-----------|
| Najedení, napití | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Oblékání | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Osobní hygiena | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Chůze po rovině | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Přesun na lůžko/židli | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Orientace v přirozeném prostředí | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Péče o domácnost | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Obstarávání osobních záležitostí | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |
| Užívání léků | <input type="checkbox"/> | sám | <input type="checkbox"/> | s pomocí | <input type="checkbox"/> | neprovede |

Inkontinence: moči* - stolice* **PMK** dočasně* - trvale*

SKP stupeň inkontinence:

Předepisované inkontinenční pomůcky: denní-typ..... noční-typ.....

Jiné údaje vzhledem k soběstačnosti:



RODINA24

SLUŽBY SENIORŮM A ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝM

Alergie:

Dieta:

DM*

PEG*

SIPPING*

Kožní defekty: dekubity*

bércové vředy*

jiné:

Snímek plic (datum):

Další zvláštní upozornění pro ošetřující personál zařízení (zejména sdělení o případné pozitivě u chron. hepatitid, eventuelně jiný závažný nález):

Užívané léky p.o.:

Název	Dávkování	Název	Dávkování

Užívané léky ostatní (inj. , p.r., loc.) :

Posudek registrujícího lékaře o vhodnosti poskytnutí celoroční pobytové sociální služby:

Výše jmenovaná/ný je – není^x trvale závislý na pravidelné pomoci druhé osoby při zvládnání péče o vlastní osobu.

Dle posouzení zdravotního stavu bude výše uvedená nepříznivá situace jmenované/ho trvat déle než jeden rok?

ano - ne^x

Vzhledem k dlouhodobé závislosti výše jmenované/ho na pravidelné pomoci druhé osoby při zvládnání péče o vlastní osobu je – není^x vhodné poskytnout celoroční pobytovou sociální službu.

Kontraindikace přijetí: a) psychózy, b) TBC, pohlavní choroby, infekční a parazitární choroby
c) chronický alkoholismus, toxikománie

Prohlašuji, že zdravotní stav žadatele nevyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení ve smyslu ustanovení § 36 vyhlášky 505/2006 Sb. ustanovené podle §119 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Doporučuji využívání služeb v pobytovém zařízení Rodina24 – v domově se zvláštním režimem, v případě potřeby budu konzultovat zdravotní stav pacienta se zdravotním personálem zařízení.

^x nehodící se škrtněte

Dne:

Razítko a podpis registrujícího praktického lékaře: