

**LÉKAŘSKÝ POSUDEK K PŘIJETÍ DO SOCIÁLNÍCH
SLUŽEB**

Účel dokumentu: Podklad pro posouzení vhodnosti přijetí žadatele do sociální služby
dle zákona č. 108/2006 Sb.

Požadovaný typ služby (označte):

☐ Domov pro seniory ☐ Domov se zvláštním režimem ☐ Odlehčovací služby

1. Identifikační údaje žadatele:

Příjmení a jméno (+ za svobodna u žen):

.....

Datum narození:

Rodné číslo:

Praktický lékař:

Zdravotní pojišťovna:

**2. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového
postižení i status praesens localis):**

3. Diagnóza (česky + MKN):

a) hlavní:

b) ostatní choroby nebo chorobné stavy:

4. Přehled pravidelně užívané medikace:

Název léku:	Ráno:	Poledne:	Večer:	Noc:	Dle potřeby:

Poznámky k medikaci (např. nežádoucí účinky, spolupráce při užívání léků):

5. Soběstačnost žadatele:

Mobilita, funkční stav a soběstačnost:

Mobilita: ☐ samostatně ☐ s pomůckou ☐ s dopomocí ☐ imobilní

Stravování: ☐ sám ☐ s pomocí ☐ neprovede

Hygiena: ☐ sám ☐ s pomocí ☐ neprovede

Oblékání: ☐ sám ☐ s pomocí ☐ neprovede

Rizika:

Riziko pádu: ☐ nízké ☐ střední ☐ vysoké

Riziko dekubitů: ☐ nízké ☐ střední ☐ vysoké

Nutriční riziko: ☐ ano ☐ ne

Riziko dehydratace: ☐ ano ☐ ne

Pomůcky k zamezení pádu (postranice v lůžku, jistící pásy):

☐ ano, jaké..... ☐ ne

Důvod použití:

Jiné údaje:

6. Duševní stav žadatele:

Psychická onemocnění:

☐ ne

☐ neuróza (jaká)

☐ psychóza (jaká)

☐ demence (jaký typ)

Kognitivní stav:

Orientace: ☐ plná ☐ částečná ☐ žádná

Paměť: ☐ bez poruchy ☐ lehká porucha ☐ těžká porucha

Spolupráce: ☐ plná ☐ částečná ☐ nespolupracuje

Agresivita: ☐ ne ☐ občas ☐ ano

Chování a projevy:

Noční aktivita: ☐ ano ☐ občas ☐ ne

Abusus alkoholu/návykových látek: ☐ ano ☐ nelze zjistit ☐ ne

Agresivní chování: ☐ ano ☐ občas ☐ ne

Forma agrese (slovní, brachiální, autoagrese):

Narušuje kolektivní soužití: ☐ ano ☐ ne

Projevy narušující kolektivní soužití:

Jiné údaje:**7. Zdravotní péče:**

Je zdravotní stav žadatele stabilizovaný (diabetes, rána, psychický stav, ...)?

☐ ano ☐ ne

Nutnost trvalé lékařské péče:

☐ ano ☐ ne

Je pacient v péči odborné ambulance?

☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte jaké:

Vyžaduje žadatel zvláštní ošetrovatelskou nebo zdravotní péči?

☐ kyslíková terapie ☐ infuzní terapie ☐ PEG/sonda ☐ stomie

☐ péče o rány ☐ paliativní péče ☐ dohled 24/7

8. Infekční onemocnění a očkování:

Je žadatel nemocný tuberkulózou?

☐ ano ☐ ne

Je žadatel nosičem nebo trpí jiným infekčním onemocněním významným z hlediska kolektivního soužití?

☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte:

Je žadatel očkovan dle vyhlášky MZČR č. 537/2006 Sb., § 6 proti pneumokokovým infekcím?

☐ ano ☐ ne

Je žadatel očkovan dle vyhlášky MZČR č. 537/2006 Sb., § 9 d) proti hepatitidě B u osob přijímaných do domova se zvláštním režimem?

☐ ano ☐ ne

9. Dietní opatření a alergie:

Dieta:

Forma stravy:

Omezení:

Alergie, intolerance:

10. Další důležité údaje lékaře: (Např. spolupráce žadatele, prognóza, omezení, doporučení)

Podmínky zahájení sociální služby

- Zdravotní stav žadatele je stabilizovaný, nevyžaduje trvalou lékařskou či specializovanou péči.
- Pokud se po zahájení služby prokáží závažné zdravotní skutečnosti, které nebyly uvedeny v lékařském posudku ani nebyly sděleny žadatelem či jeho zákonným zástupcem, a které by byly překážkou v přijetí, může být poskytování služby ukončeno.

Kontraindikace zahájení sociální služby

- Akutní infekční onemocnění ohrožující ostatní klienty a personál.
- Aktivní tuberkulóza.
- Závažné psychické poruchy nebo psychózy, při nichž by žadatel mohl ohrozit sebe či okolí.
- Chronický alkoholismus a jiné závažné závislosti.

V:

Dne:

.....
Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

* Nehodící se škrtně.