

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O UMÍSTĚNÍ DO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Domova pro seniory  |  | Odlehčovací služby |
|  | Domova se zvláštním režimem |

|  |
| --- |
| **1. Žadatel:**............................................................................**narozen:**......................................... příjmení jméno den, měsíc, rok  |
| **2. Objektivní nález (status praesens generalis; v případě orgánového postižení i status praesens localis):** |
| **3. Diagnóza (česky):** a) hlavní:  b) ostatní choroby nebo chorobné stavy: |
| **4. Aktuální medikace:** |
| **5. Soběstačnost pacienta:** **Trpí závratěmi nebo opakovanými pády?** ANO / NE\*)**Je schopen chůze bez cizí pomoci?** ANO / PŘEVÁŽNĚ / NE\*)**Používá kompenzační pomůcky?** ANO / NE\*)**Je upoután na lůžko?** ANO / PŘEVÁŽNĚ / NE\*)**Nají se pacient sám?** SÁM / S POMOCÍ / NUTNO KRMIT\*)**Osobní hygiena:** SÁM / S POMOCÍ / NEPROVEDE\*)**Oblékání:** SÁM / S POMOCÍ / NEPROVEDE\*)**Trpí inkontinencí?** ANO / NE\*)**Je schopen samostatně jednat a o sobě rozhodovat?** ANO / NE\*)**Jiné údaje:**   |
| **6. Duševní stav pacienta:****Neurózy (jaké) :** ANO / NE\*)**Psychózy: schizofrenie** ANO / NE\*) **maniodepresivní psychóza** ANO / NE\*)**Demence: Alzheimerova demence** ANO / NE\*) **demence spojená s Parkinsonovou chorobou** ANO / NE\*) **ostatní typy demencí** ANO / NE\*)**Je pacient orientován?: místem** ANO / ČÁSTEČNĚ / NE\*) **časem** ANO / ČÁSTEČNĚ / NE\*) **osobou** ANO / ČÁSTEČNĚ / NE\*)**Noční aktivita:** ANO / OBČAS / NE\*)**Je zjištěn návyk na alkohol?:** ANO / NE\*)**Je pacient agresivní?** ANO / OBČAS / NE\*)**Narušuje pacient kolektivní soužití?** ANO / OBČAS / NE\*)**Jaké jsou projevy narušující kolektivní soužití:****Jiné údaje:** |
| **7. Potřebuje lékařské ošetření trvale?** ANO / NE\*) **Je pod dohledem specializovaného oddělení** ANO / NE\*)(např. plicního, neurologického, psychiatrického, ortopedického, resp. chirurgického, interního, poradny diabetické, protialkoholní apod.\*)**Potřebuje zvláštní péči:** ANO / NE\*)**Pokud ano jakou?****Je pacient nemocný tuberkulózou?** ANO / NE\*)**Je třeba, aby pacient byl dle vyhlášky MZČR č. 537/2006 Sb. očkován proti virové žloutence typu B a proti pneumokokovým nákazám?**  ANO / NE\*)**Dieta:****Alergie:****Jiné údaje:****Podmínky zahájení sociální služby*** Stabilizovaný zdravotní stav, který nevyžaduje stálý lékařský dohled.
* Pokud se po zahájení služby objeví u klienta závažné skutečnosti, které nebyly v doporučení OL uvedeny, příp. ani sděleny rodinou, a pro které by klient jinak nebyl do zařízení přijat, je s klientem ukončena služba.

**Kontraindikace zahájení sociální služby*** Infekční onemocnění.
* Tuberkulóza.
* Psychózy a psychické poruchy – psychický stav musí být takový, aby klient nemohl ohrozit sebe nebo druhé.
* Chronický alkoholismus a jiné závažné toxikomanie.

**Dne ………….……… ……………………………………………** **razítko a podpis lékaře** |

\*) Nehodící se škrtněte