

**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