

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O UMÍSTĚNÍ DO:**

Domov pro seniory     Domov se zvláštním režimem     Odlehčovací služby

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:

<b>4. Rozpis léků:</b>	<b>Název léku:</b>	<b>Ráno:</b>	<b>Poledne:</b>	<b>Večer:</b>	<b>Noc:</b>	<b>Denně:</b>

**Poznámky:**

**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. očkovan 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 škrtně.