



**VYJÁDŘENÍ praktického (ošetřujícího) lékaře
k žádosti o přechodný sociální pobyt žadatele
v zařízení sociálních služeb Respirní péče Jindra v Litomyšli**

Jméno a příjmení		Datum nar.	
Trvalé bydliště	ulice, čp.	Město	
Jméno praktického lékaře		Telefon	

Respirní péče Jindra v Litomyšli je zařízení sociálních služeb, které poskytuje krátkodobé odlehčovací pobyty pro seniory a osoby se zdravotním postižením starší 50ti let, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby.

O klienty se ve středisku stará tým složený z pracovníků v sociálních službách (pečovatelů), aktivizační pracovníce a sociální pracovníce. Nepracuje zde lékař ani zdravotní sestry. Poskytovaná péče není hrazena zdravotní pojišťovnou. Během pobytu je klient nadále v péči praktického lékaře. Docházku terénní zdravotní sestry do zařízení lze zajistit na základě ordinace praktického lékaře – potvrzení poukazu pro domácí péči.

Uveďte **zdravotní omezení**, která vyplývají ze zdravotního stavu žadatele a souvisejí s poskytováním péče o něho:

Uveďte **rizikové situace**, kterým je nutno předcházet při péči o žadatele:

Vyžaduje žadatel **léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení?**

ANO / NE Důvod:.....

Potřebuje žadatel **péči zdravotní sestry** (aplikace injekcí, inzulínu, odběry krve, převazy rozsáhlejších defektů apod.)?

ANO / NE Důvod:.....

Je **pod dohledem odborného lékaře** – psychiatra, neurologa, plicního, kožního, ortopeda, diabetologa....?

ANO / NE Jméno, kontakt:.....

Jeví žadatel známky **akutního infekčního nebo parazitárního onemocnění?**

ANO / NE Druh:.....

Je žadatel **dezorientován?**

ANO / NE Zakroužkujte: osobou / místem / časem

Projevují se u žadatele **známky agresivity** (slovní, fyzické), **neklidu?**

ANO / NE Druh, četnost:.....

Trpí žadatel **poruchami spánku?**

ANO / NE / ČÁSTEČNĚ Druh poruchy:

Je žadatel schopen po přechodnou dobu **soužití v kolektivu** s dalšími 2 seniory na třílůžkovém pokoji v zařízení rodinného typu?

ANO / NE Důvod:.....

Trpí žadatel **alergií**?

ANO / NE Na co?

Má žadatel **defekty na kůži** (rány, opruzeniny, dekubity, bércové vředy....)?

ANO / NE Lokalizace a rozsah defektu:

Druh a četnost ošetřování:

Dieta, nutná úprava stravy:

Datum posledního **očkování proti tetanu:**

Plánovaná vyšetření v době pobytu:

Uveďte **další údaje**, které mohou mít vliv na poskytování sociální pobytové služby:

Jméno a příjmení žadatele:

Název léku:	Dávkování:	ráno	poledne	večer	noc
1) Tablety:					
2) Kapky, sirupy:					
3) Injekce:					
4) Masti:					

Je žadatel **schopen se sám vlastnoručně podepsat**?

ANO / NE Důvod:.....

Je žadatel **schopen sám jednat** při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby?

ANO / NE Důvod:.....

Pokud ne, má ustanoveného **opatrovníka** nebo **zmocněnce**? ANO / NE

Závěrečné vyjádření lékaře:

Žadatel je schopen přechodného pobytu v zařízení odlehčovací sociální služby: ANO / NE

.....
místo, datum

.....
razítko a podpis lékaře