

VYJÁDŘENÍ PRAKTICKÉHO (OŠETŘUJÍCÍHO) LÉKAŘE

k Žádosti o přechodný odlehčovací pobyt žadatele
v zařízení sociálních služeb Respitní péče Jindra v Litomyšli

jméno a příjmení žadatele		datum narození	
trvalé bydliště (ulice, čp., město, PSČ)			

jméno praktického lékaře	
telefon	
adresa	

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

O klienty se v zařízení 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 krátkodobého pobytu je klient nadále v péči svého praktického lékaře.

Docházku terénní zdravotní sestry do zařízení lze zajistit na základě ordinace praktického lékaře – potvrzení poukazu o domácí péči.

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

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

Jméno a příjmení žadatele:	
datum narození:	

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

<p>Je žadatel schopen se sám vlastnoručně podepsat?</p> <p>ANO / NE Důvod:.....</p> <p>Je žadatel schopen sám jednat při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby?</p> <p>ANO / NE Důvod:.....</p> <p>Pokud ne, má ustanoveného opatrovníka nebo zmocněnce? ANO / NE</p>

Závěrečné vyjádření lékaře:

Žadatel je schopen přechodného pobytu v zařízení odlehčovací sociální služby:

ANO / NE

.....
místo, datum

.....
razítko a podpis lékaře