

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.

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 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 :
Datum očkování proti COVID-19 :
Plánovaná vyšetření v době pobytu:
Uveďte 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:					

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