

**HOSPIC Frýdek-Místek, p.o.,** I. J. Pešiny 3640, 738 01 Frýdek-Místek

**POSUDEK O ZDRAVOTNÍM STAVU**

**žadatele o poskytování pobytové odlehčovací služby**

* Posudek o zdravotním stavu je přílohou Žádosti o poskytnutí odlehčovací služby v Hospici Frýdek-Místek p. o.
* Prosíme o kompletní vyplnění tiskopisu, údaje jsou důležité pro posouzení a přijetí žadatele.
* Výkon spojený s vyplněním tohoto tiskopisu hradí žádající osoba o poskytování sociální služby.
* Prosíme o vypsání kompletní a aktuální medikace od praktického lékaře a specialistů do tabulky Užívání předepsaných léků viz příloha. Doložte také aktuální lékařské zprávy od specialistů.
* Veškeré údaje a medikace léků musí být aktuální (ne starší 10 dní před nástupem)

**Hospic Frýdek-Místek p. o.** je organizace zřízena statutárním městem Frýdku-Místku, poskytující odlehčovací službu dle § 44 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

**Osobní údaje žadatele**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení, titul** |  |
| **Rodné číslo** |  |
| **Adresa trvalého bydliště:****(ulice, číslo popisné, obec, PSČ)** |  |
| **Zdravotní pojišťovna:** |  |
| **Ošetřující-praktický lékař:** |  |

**Zdravotní údaje**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Diagnóza (česky)**1. **Hlavní**
2. **Dieta**

**3) Ostatní choroby (+ RTG plic)****Objektivní nález**(aktuální zdravotní potíže, patologické, nálezy při vyšetření, poruchy zraku, sluchu či řeči, alergie) |  |
| **Zaškrtněte:** | **Je schopen chůze:**bez cizí pomoci - s doprovodem - s holí - s chodítkem - neschopnost chůze**Je upoután na lůžko:**trvale - přechodně - nutné polohování - antidekubitní podložka**Sebeobsluha:** zcela - částečná - není soběstačný**Inkontinence:**Moči – ano x neStolice – ano x ne |
| **Demence**(projevy s ohledem na narušování kolektivního soužití)Uveďte typ demence, stádium a projevy demence.  |  |
| **Duševní porucha - diagnóza**(projevy s ohledem na narušování kolektivního soužití, aktuálně x minulost, lze ovlivnit chování medikamenty?)Specifikujte projevy onemocnění, obtíže a způsob dosavadní léčby.  |  |
| **Dohled specializovaného zařízení**(např. plicní, neurologie, psychiatrie, ortopedie, chirurgie, interna, onkologie, diabetologie, protialkoholní léčba, aj.)Dle závažnosti přiložit nález specialisty.  |  |

|  |
| --- |
| **Posouzení lékaře, zda zdravotní stav žadatele vylučuje poskytnutí pobytové sociální služby dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění**  |
| Zdravotní stav žadatele vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.  | 🞎 ano 🞎 ne |
| Žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci. | 🞎 ano 🞎 ne |
| Chování žadatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.  | 🞎 ano 🞎 ne |

**Posudek o zdravotním stavu vyplnil**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno lékaře |  |
| adresa |  |
| telefon |  | Vystaveno dne |  |
| Razítko a podpis lékaře |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení: |   |   |   |  |  |  |  |
| Datum narození: |   |   |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  **Užívání předepsaných léků** |   |   |   |
| Název a síla léku | Forma léku | Dávkování léku |  Poznámka |
| Ráno | Poledne | Večer |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Datum: |  |  |  | Podpis a jmenovka praktického lékaře: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |