

**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 ne  Stolice – 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: | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |