

**POSUDEK REGISTRUJÍCÍHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE K PŘIJETÍ ŽADATELE DO DOMU SENIORŮ OZ JÍLOVSKÁ 432/11, PRAHA 4**

**Zařízení sociálních služeb se zaměřením pro pobytovou odlehčovací službu. Poskytujeme přímou péči, není přítomen lékař, pouze všeobecná zdravotní sestra provádějící úkony v rozsahu domácí zdravotní péče. Veškeré akutní stavy/dekompenzace jsme nuceni řešit převozem RZS do nejbližšího zdravotnického zařízení.**

|  |  |
| --- | --- |
| **JMÉNO, PŘÍJMENÍ TITUL ŽADATELE** |  |
| **DATUM NAROZENÍ** |  |
| **TRVALÉ BYDLIŠTĚ** |  |
| **RODNÉ ČÍSLO** |  |
| **ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA** |  |
| **OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ – jméno, příjmení, adresa, kontakt, IČP** |  |
| **VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ** |
| 1. **AKTUÁLNÍ FYZICKÝ STAV - INTERNÍ NÁLEZ (smyslová či pohybová omezení, sklon k pádům/pády, mobilita, stav kůže)**

  |
| 1. **ZÁKLADNÍ DIAGNNÓZA + ČÍSLO DIAGNÓZY (případně další diagnózy + jejich čísla)**
 |
| 1. **DUŠEVNÍ STAV – ORIENTACE** (MÍSTEM, ČASEM, OSOBOU, SITUACÍ), **ZMATENOST, NOČNÍ NEKLID,** **SOUŽITÍ V KOLEKTIVU**
 |
| 1. **SMYSLOVÉ A KOMUNIKAČNÍ PORUCHY (vážné poruchy zraku, sluchu, řeči)**
 |
| 1. **MOBILITA**

[ ]  SAMOSTATNÍ CHŮZE[ ]  CHŮZE SPOMOCÍ – CHODÍTKA, HOLE, BERLÍ, HOLE APOD.[ ]  SCHOPNÝ CHŮZE POUZE S POMOCÍ DRUHÉ OSOBY (POPŘ. INVALIDNÍ VOZÍK)[ ]  TRVALE UPOUTÁN NA LŮŽKO |
| 1. **VÝŽIVA**

 **DIETA: RACIONÁLNÍ-DIABETICKÁ-KAŠOVITÁ – JINÁ…………………………..**[ ]  PLNÁ SAMOSTATNOST, SCHOPNOST STRAVOVÁNÍ V JÍDELNĚ POPŘ.SAMOSTATNÍ  PŘÍPRAVA POKRMŮ[ ]  ČÁSTEČNÁ SAMOSTATNOST – SNÍDANĚ, OBĚDY, VEČEŘE V JÍDELNĚ[ ]  ČÁSTEČNÁ POMOC U JÍDLA ŽÁDOUCÍ – ROZKRÁJENÍ MASA, MLETÉ MASO, KAŠOVITÁ  STRAVA, POMOC PŘI PITÍ APOD.[ ]  OBSÁHLÁ POMOC PŘI JÍDLE ŽÁDOUCÍ[ ]  NUTNO KRMIT |
| 1. **SOBĚSTAČNOST PŘI BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTECH**

[ ]  SOBĚSTAČNOST ZCELA[ ]  SOBĚSTAČNOST OMEZENĚ, POTŘEBA ASISTENCE V JAKÝCH ÚKONECH: |
| 1. **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE**

[ ] ŽÁDNÁ POTŘEBA POMOCI[ ]  SCHOPEN SI LÉKY SÁM PŘIPRAVIT A UŽÍT BEZ POMOCI ZDRAVOTNÍ SESTRY ZAŘÍZENÍ[ ]  NUTNÁ PŘÍPRAVA A PODÁNÍ LÉKŮ, VČ. DOZORU NAD JEJICH UŽITÍM, KONTROLA  DUTINY ÚSTNÍ ZRAVOTNÍ SESTROU ZAŘÍZENÍ[ ]  STÁLE INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ ÚKONY NĚKOLIKRÁT DENNĚ (PŘEVAZY, APLIKACE INJEKCÍ APOD. |
| 1. **CHRONICKÉ RÁNY** (dekubity, bércové vředy)
 |
| 1. **OČKOVÁNÍ – tetanus, chřipka, pneumokok**
 |
| 1. **ALERGIE**
 |

|  |
| --- |
| 1. **AKTUÁLNÍ MEDIKACE – nejsme schopni nahlédnout do lékového záznamu**

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ:** **DATUM NAROZENÍ:**  |
| **NÁZEV LÉKŮ + dávka mg.** | **ráno** | **poledne** | **večer** | **noc** | **poznámky** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DOPORUČUJI POBYT VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ**

**ANO - NE** |

V……………………….dne………………….. …………………………………………

 **razítko a podpis registrujícího**

 **Praktického lékaře**