

**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**