



**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.**

<b>JMÉNO, PŘÍJMENÍ TITUL ŽADATELE</b>	
<b>DATUM NAROZENÍ</b>	
<b>TRVALÉ BYDLIŠTĚ</b>	
<b>RODNÉ ČÍSLO</b>	
<b>ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA</b>	
<b>OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ – jméno, příjmení, adresa, kontakt, IČP</b>	
<b>VYPLNÍ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ</b>	
<b>1. AKTUÁLNÍ FYZICKÝ STAV - INTERNÍ NÁLEZ (smyslová či pohybová omezení, sklon k pádům/pády, mobilita, stav kůže)</b>	
<b>2. ZÁKLADNÍ DIAGNÓZA + ČÍSLO DIAGNÓZY (případně další diagnózy + jejich čísla)</b>	
<b>3. DUŠEVNÍ STAV – ORIENTACE (MÍSTEM, ČASEM, OSOBOU, SITUACÍ), ZMATENOST, NOČNÍ NEKLID, SOUŽITÍ V KOLEKTIVU</b>	

<p><b>4. SMYSLOVÉ A KOMUNIKAČNÍ PORUCHY (vážné poruchy zraku, sluchu, řeči)</b></p>
<p><b>5. MOBILITA</b></p> <p><input type="checkbox"/> SAMOSTATNÍ CHŮZE</p> <p><input type="checkbox"/> CHŮZE SPOMOCÍ – CHODÍTKA, HOLE, BERLÍ, HOLE APOD.</p> <p><input type="checkbox"/> SCHOPNÝ CHŮZE POUZE S POMOCÍ DRUHÉ OSOBY (POPŘ. INVALIDNÍ VOZÍK)</p> <p><input type="checkbox"/> TRVALE UPOUTÁN NA LŮŽKO</p>
<p><b>6. VÝŽIVA</b></p> <p><b>DIETA: RACIONÁLNÍ-DIABETICKÁ-KAŠOVITÁ – JINÁ.....</b></p> <p><input type="checkbox"/> PLNÁ SAMOSTATNOST, SCHOPNOST STRAVOVÁNÍ V JÍDELNĚ POPŘ. SAMOSTATNÍ PŘÍPRAVA POKRMŮ</p> <p><input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÁ SAMOSTATNOST – SNÍDANĚ, OBĚDY, VEČEŘE V JÍDELNĚ</p> <p><input type="checkbox"/> ČÁSTEČNÁ POMOC U JÍDLA ŽÁDOUCÍ – ROZKRÁJENÍ MASA, MLETÉ MASO, KAŠOVITÁ STRAVA, POMOC PŘI PITÍ APOD.</p> <p><input type="checkbox"/> OBSÁHLÁ POMOC PŘI JÍDLĚ ŽÁDOUCÍ</p> <p><input type="checkbox"/> NUTNO KRMIT</p>
<p><b>7. SOBĚSTAČNOST PŘI BĚŽNÝCH DENNÍCH ČINNOSTECH</b></p> <p><input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNOST ZCELA</p> <p><input type="checkbox"/> SOBĚSTAČNOST OMEZENĚ, POTŘEBA ASISTENCE <u>V JAKÝCH ÚKONECH:</u></p>
<p><b>8. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE</b></p> <p><input type="checkbox"/> ŽÁDNÁ POTŘEBA POMOCI</p> <p><input type="checkbox"/> SCHOPEN SI LÉKY SÁM PŘIPRAVIT A UŽÍT BEZ POMOCI ZDRAVOTNÍ SESTRY ZAŘÍZENÍ</p> <p><input type="checkbox"/> NUTNÁ PŘÍPRAVA A PODÁNÍ LÉKŮ, VČ. DOZORU NAD JEJICH UŽITÍM, KONTROLA DUTINY ÚSTNÍ ZRAVOTNÍ SESTROU ZAŘÍZENÍ</p> <p><input type="checkbox"/> STÁLE INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÉ ÚKONY NĚKOLIKRÁT DENNĚ (PŘEVAZY, APLIKACE INJEKČÍ APOD.</p>
<p><b>9. CHRONICKÉ RÁNY (dekubity, bércové vředy)</b></p>
<p><b>10. OČKOVÁNÍ – tetanus, chřipka, pneumokok</b></p>
<p><b>11. ALERGIE</b></p>

**12. AKTUÁLNÍ MEDIKACE – nejsme schopni nahlédnout do lékového záznamu**

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ:**

**DATUM NAROZENÍ:**

<b>NÁZEV LÉKŮ + dávka mg.</b>	<b>ráno</b>	<b>poledne</b>	<b>večer</b>	<b>noc</b>	<b>poznámky</b>

**13. DOPORUČUJI POBYT VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ**

**ANO - NE**

V.....dne.....

.....  
**razítko a podpis registrujícího  
Praktického lékaře**