

# PŘÍLOHA K ŽÁDOSTI O HOSPITALIZACI A ŽÁDOSTI O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY – VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

ŽADATEL (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, DATUM NAROZENÍ, BYDLIŠTĚ, ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA)

PRAKTICKÝ / OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ (JMÉNO, PŘÍJMENÍ, KONTAKT)

DŮVOD HOSPITALIZACE (VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE PODÁVÁTE ŽÁDOST O HOSPITALIZACI)

DIAGNÓZA (ČESKY)

ANAMNÉZA (RODINNÁ, OSOBNÍ, PRACOVNÍ)

OBJEKTIVNÍ NÁLEZ (STATUS PRAESENS GENERALIS, V PŘÍPADĚ ORGÁNOVÉHO POSTIŽENÍ I STATUS LOCALIS; V PŘÍPADĚ ONEMOCNĚNÍ HRUDNÍCH ORGÁNŮ PŘILOŽENÍ VYJÁDŘENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE PRO NEMOCI PLÍCNÍ A TUBERKULOZU)

DUŠEVNÍ STAV (POPŘ. PROJEVY NARUŠUJÍCÍ KOLEKTIVNÍ SOUŽITÍ)

SOUČASNÁ TERAPIE VČ. DÁVKOVÁNÍ

JE ŽADATEL POD DOHLEDEM SPECIALIZOVANÉHO ODDĚLENÍ ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ? (VHODNÉ PŘIPOJIT VÝSLEDKY VYŠETŘENÍ)

- PSYCHIATRICKÉ  PROTIALKOHOLNÍ  NEUROLOGICKÉ  PLICNÍ  ORTOPEDICKÉ  CHIRURGICKÉ  
 INTERNÍ  DIABETICKÉ  ONKOLOGICKÉ  JINÉ, UVEĎTE

JE ŽADATEL SLEDOVÁN PRO INFEKČNÍ NEBO PARAZITNÍ CHOROBU? (UVEĎTE INDIKACI, JE VHODNÉ DOLOŽIT VÝSLEDKY BACILONOSIČTVÍ)

DIETA

<b>SOBĚSTAČNOST</b>	ANO	S ASISTENCÍ	NE	<b>POHYB</b>	<input type="checkbox"/> SAMOSTATNĚ
PŘI HYGIENĚ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S 1 OPĚRNOU POMŮCKOU	<input type="checkbox"/> S NÍZKÝM CHODÍTKEM
PŘI JÍDLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SE 2 OPĚRNÝMI POMŮCKAMI	<input type="checkbox"/> S VYSOKÝM CHODÍTKEM
PŘI OBLÉKÁNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LEŽÍCÍ	<input type="checkbox"/> S DOPOMOCÍ
PŘI POSAZOVÁNÍ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MECHANICKÝ VOZÍK</b>	
VE STOJE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ZVLÁDÁ PŘESUNY SAMOSTATNĚ	
PŘI CHŮZI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DOPOMOC PŘI PŘESUNECH NA VOZÍK	

**VYPRAZDŇOVÁNÍ – STOLICE**
 INKONTINENTNÍ       KONTINENTNÍ

**VYPRAZDŇOVÁNÍ – MOČ**
 INKONTINENTNÍ       KONTINENTNÍ       PMK

**ORIENTACE, SPOLUPRÁCE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PLNĚ SPOLUPRAUJÍCÍ, ORIENTACE MÍSTEM A ČASEM | <input type="checkbox"/> SMYSLOVÁ PORUCHA (SLEPOTA, HLUCHOTA)           |
| <input type="checkbox"/> OMEZENÁ SPOLUPRÁCE (DEMENCE)                 | <input type="checkbox"/> PSYCHICKÉ PORUCHY (NEURÓZA, PSYCHÓZA, DEMENCE) |
| <input type="checkbox"/> MINIMÁLNÍ NEBO ŽÁDNÁ SPOLUPRÁCE              | <input type="checkbox"/> KONFLIKTNÍ A JINÉ PROJEVY NARUŠUJÍCÍ SOUŽITÍ   |
| <input type="checkbox"/> NOČNÍ AKTIVITA                               | <input type="checkbox"/> NEKLID   |

**ZÁVISLOST, ALERGIE A JINÁ ZJIŠTĚNÍ**

- 
- NÁVYK NA ALKOHOL
- 
- 
- ALERGIE (JAKÉ)
- 
- 
- JINÁ ZJIŠTĚNÍ (BRÝLE, NASLOUCHÁTKO, ZUBNÍ PROTÉZA, ORTOPEDICKÉ, KOMPENZAČNÍ, INKONTINENTNÍ AJ. POMŮCKY)

**SPOLUPRÁCE PŘI REHABILITACI (VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE PODÁVÁTE ŽÁDOST O HOSPITALIZACI)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AKTIVNÍ, PLNĚ SPOLUPRACUJÍCÍ | <input type="checkbox"/> ODMÍTÁ REHABILITACI |
| <input type="checkbox"/> ČÁSTEČNĚ AKTIVNÍ             | <input type="checkbox"/> ZCELA PASIVNÍ       |

**DEKUBITY (LOKALIZACE, ROZSAH)**       POVRCHNÍ       HLUBOKÝ

**MRSA**       ANO       NE

**NÁVRH OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE O VHODNOSTI UMÍSTĚNÍ ŽADATELE DO GERIATRICKÉHO CENTRA**

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis praktického / ošetřujícího lékaře, razítko