VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o přijetí
do Ústavu sociálních služeb města Nové Paky

Vyjádření lékaře je nedílná součást k žádosti o přijetí do Ústavu sociálních služeb města Nové Paky

1. Žadatel	
Příjmení:	Jméno:
Zdravotní pojišťovna:	
Datum narození:	
Trvalé bydliště:	

2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní)

3. Objektivní nález

4. Zdravotní stav žadatele *(hodící se zaškrtněte)*		
Vylučuje pobyt v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci	ANO	NE
Jedná se o žadatele s chronickou infekcí Jakou:	ANO	NE
Chování žadatele by narušovalo kolektivní soužití	ANO	NE
Je žadatel agresivní	ANO	NE
Je zjištěna závislost na návykových látkách Jakých:	ANO	NE
Je zjištěn noční neklid/chůze v noci	ANO	NE
Jedná se o žadatele s organickým psychiatrickým onemocněním typu schizofrenie, maniodepresivní psychóza apod.	ANO	NE
Zrak:	Sluch	
Vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení (např. je vyživován žaludeční sondou, žadatel vyžaduje odsávání dých. cest či infúzní léčbu, PEG, oxygenoterapie, stomie apod.) -***podtrhněte***		
Žadatel má tracheostomii	ANO	NE
<u>Pokud má žadatel tracheostomii, je součástí tohoto vyjádření lékaře také lékařská zpráva od specialisty</u> – obsah zprávy: anamnéza, jak je nutné o tracheostomii pečovat, četnost její výměny, kdo zajišťuje výměnu a kontakt na pracoviště, které zajišťuje výměnu, četnost odsávání, typ tracheální kanyly,….		

Žadatel trpí demencí	ANO	NE
Typ demence:		
Stupeň inkontinence:		

5. Údaje o soběstačnosti *(hodící se zaškrtněte)*						
Najedení, napití	Sám		Dopomoc	Nezvládne		
Oblékání	Sám		Dopomoc	Nezvládne		
Osobní hygiena	Sám		Dopomoc	Nezvládne		
Koupání	Sám		Dopomoc	Nezvládne		
Chůze po schodech	Sám		Dopomoc	Nezvládne		
Chůze po rovině	Sám	S pomocí	Nezvládne	Kompenz. pom.:		
Přesun na lůžko (židli)	Sám	S pomocí	Nezvládne	Kompenz. pom.:		
Použití WC	Sám	S pomocí	Nezvládne	Kompenz. pom.:		
Kontinence moči	Kontinentní	Část. kontinentní	Inkontinentní	PK	Trvalá	
					Dočasná	
Kontinence stolice	kontinentní	Část. kontinentní	Inkontinentní	Střevní stomie	Trvalá	
					Dočasná	

6. Je pod dohledem specializovaného oddělení např. *(hodící se zaškrtněte)*		
Plicního	ANO	NE
Kardiologického	ANO	NE
Neurologického	ANO	NE
Psychiatrického *(pokud je žadatel evidován na psychiatrii, je přílohou tohoto Vyj. lékaře zpráva od psychiatra)*	ANO	NE
Ortopedického	ANO	NE
Poradny diabetologické/interní	ANO	NE
Jiné		

Dne:	Podpis ošetřujícího lékaře:	Razítko:

VYPLŇUJE ZÁVODNÍ LÉKAŘ

7. Vyjádření závodního lékaře o vhodnosti přijetí žadatele do:		
Druh sociální služby	**Schopen přijetí**	**Neschopen přijetí**
Domova pro seniory		Nevhodná služba - cílová skupina ☐ Zdrav. stav vylučuje námi poskyt. službu ☐
Domova se zvláštním režimem		Nevhodná služba - cílová skupina ☐ Zdrav. stav vylučuje námi poskyt. službu ☐

Dne:	Podpis závodního lékaře:	Razítko: