



ŽÁDOST O PŘIJETÍ K ODLEHČOVACÍ SLUŽBĚ POBYTOVÉ



ŽADATEL	Příjmení, jméno, titul:	
	Datum narození:	Rodné číslo:
	Příspěvek na péči: <input type="checkbox"/> ANO stupeň: <input type="checkbox"/> NE	Zdravotní pojišťovna:
	Adresa trvalého bydliště:	
	Termín pobytu:	Důvod žádosti:
	Omezení svéprávnosti: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (v případě kladné odpovědi doložte neověřenou kopii rozsudku nebo usnesení)	
Nejblíží osoby	Jméno a příjmení:	vztah k uživateli:
	Adresa bydliště:	telefon: e-mail:

Stav soběstačnosti	Orientace <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Dezorientoaná/ý	Pomoc při osobní hygieně <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Koupání s pomocí <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pomoc při oblékání <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Pomoc při jídle <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Dohled nad pitným režimem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Péče o dutinu ústní, protézu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
	Hygienické pomůcky při inkontinenci, vč. spotřeby den/noc, uveďte počet: kalhotky: den:, noc:..... vložky: den:, noc:..... podložky: den:, noc:.....		Běžně používá WC: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE WC židle: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> bez pomoci <input type="checkbox"/> den <input type="checkbox"/> noc	
	Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> chodítka, <input type="checkbox"/> invalidní vozík, <input type="checkbox"/> antidekubitní matrace, popř. jiné:..... V případě užívání kompenzačních pomůcek, si pomůcky přivezte sebou a označte si je svým jménem. <input type="checkbox"/> nevyžaduje žádné			

Žadatel bere na vědomí, že odlehčovací služba není zdravotnické zařízení, ale zařízení sociální péče.

Beru na vědomí, že odlehčovací služba neposkytuje rehabilitaci klienta.

V dne podpis žadatele



DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY



1	Bydlí žadatel sám nebo ve společné domácnosti s dalšími osobami? S kým?
2	Kdo o žadatele obvykle pečuje?
3	Co žadatel zvládá dělat sám a s čím potřebuje pomoci?
4	Jak vypadá denní režim žadatele – kdy vstává, snídá, dopolední a odpolední odpočinek, aktivity, hygiena, usínání?
5	Které činnosti těší žadatele ve volném čase?
6	Jak probíhá komunikace, používáte při komunikaci nějaké pomůcky?
7	Co považujete za důležité, abychom věděli?
8	Na co si dát pozor, důležitá upozornění (riziko pádu, odchodu ze zařízení aj.)
9	Je pacient schopen soužití s dalšími klienty? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
10	Kdo dotazník vyplnil? (jméno, příjmení, vztah k zájemci o službu)



VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE ŽADATELE



ŽADATEL	Příjmení, jméno, titul:					
	Rodné číslo:			Zdravotní pojišťovna:		
	Adresa trvalého bydliště:					
PRAKTICKÝ LÉKÁŘ	Jméno, příjmení a kontaktní informace (adresa, telefon, email):					
Zdravotní stav pacienta umožňuje pobyt na sociálním lůžku (bez lékařské péče, pouze ošetrovatelská) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne						
Hlavní diagnóza v čísl. kódu, datum stanovení:						
Ostatní diagnózy, datum stanovení:						
Trpí pacient demencí? Uvedte prosím typ/druh a stupeň rozvoje <input type="checkbox"/> Ano, <input type="checkbox"/> Ne						
Alergie:			Dieta:			
	název léku	ráno	poledne	večer	noc	Poznámky
DENNÍ ROZPIS LÉKŮ						



VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE ŽADATELE



PODÁVÁNÍ LÉKŮ	<input type="checkbox"/> pacient užívá léky sám (léky má ve svých osobních věcech na pokoji a užívá je sám bez dohledu)
	<input type="checkbox"/> pacient užívá léky pod dohledem pracovníka v sociálních službách (v určený čas pracovník připomene pacientovi vzetí léků, léky jsou v lékovce na sesterně)
	<input type="checkbox"/> pacientovi podává léky zdravotní sestra - nutno vyplnit formulář ORP na dobu pobytu (kódy výkonu 06611, 06613, 06620)

U jakých odborných lékařů je pacient dispenzarizován?

Je v době pobytu plánovaná kontrola u odborného lékaře? ANO NE

kde: kdy : kdo zajistí:.....

kde: kdy : kdo zajistí:.....

Je zdravotní stav pacienta plně kompenzován?	V posledních 3 měsících byl pacient opakovaně hospitalizován?
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano kolikrát <input type="checkbox"/> Ne

Má pacient infekční onemocnění?	Potřebuje pacient jinou péči?
<input type="checkbox"/> Ano jaké: <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano jakou: <input type="checkbox"/> Ne

Má pacient inkontinenci?	Prodělal pacient v poslední době rehabilitační péči?
<input type="checkbox"/> Ano stupeň: <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano jakou: <input type="checkbox"/> Ne

ZDRAVOTNÍ ÚKONY prováděné zdravotní sestrou v zařízení soc. služeb (nutné řádně vyplnit formulář ORP)

Odborné zdravotní výkony provádí všeobecná zdravotní sestra na základě poukazu ORP, který vyplňuje praktický lékař.
Formulář ORP lze stáhnout z webových stránek: <https://www.hospic-cercany.cz/sluzby/pobytove-odlehcovaci-sluzby/>

Kód výkonu	Název
06613	Ošetřovatelská intervence do 10 minut (aplikace inzulínu, podání léků, převaz, proplach, ...)
06611	Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče
06645	Bonifikační kód za práci sestry v době od 22.00 do 6.00 hodin
Kód výkonu	Název
06620	Podání léků per os (pravidelné podávání léků) NUTNO LÉK A DÁVKOVÁNÍ
06621	Odběr biologického materiálu (odběry, glykémie, ...) NA ODBĚRY NUTNO VYPISAT ŽÁDANKU A DATUM ODBĚRU; ČETNOST GLYKÉMIE MĚŘENÉ GLUKOMETREM



VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE ŽADATELE



06623	Aplikace léčebné terapie I.M., S.C., I. V., UV NUTNO VYP SAT LÉK A DÁVKOVÁNÍ
06629	Péče o ránu NUTNO VYP SAT TYP RÁNY, UMÍSTĚNÍ, VELIKOST, ZPŮSOB OŠETŘENÍ
06631	Ošetření PMK a zavedení PMK u žen NUTNO VYP SAT DATUM VÝMĚNY, VELIKOST CÉVKY, NUTNOST PROPLACHŮ
06635	Vyšetření stavu pacienta přístroj technikou, ošetření kožních lézí přístroj technikou
06639	Ošetření stomií

POKYNY K VYPLNĚNÍ ORP

1	Nutno řádně vyplnit hlavičku poukazu včetně data vystavení, data platnosti poukazu, razítka a podpisu PL
2	Nutno vyplnit informace o pacientovi - medikace, mobilita, sebeobsluha
3	Nutno vypsát cíl péče
4	U každého kódu nutno vypsát nejen číselný kód, ale i ROZSAH PÉČE A ČETNOST

POUČENÍ:

V době pobytu se mohou vyskytnout změny zdravotního stavu. V případě této změny budete požádáni o případnou změnu medikace, vystavení RCP příp. doplnění ORP poukazu.

V případě akutního zhoršení stavu pacienta je standardně přivolána RZS.

Informace pro lékaře: Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to: Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

V dne

Razítko a podpis lékaře