

ŽÁDOST O PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICOVÉ PÉČE CARITAS

Vyplní rodina

| | | |
|-----------------------------------|-------|-------------|
| Jméno, příjmení, titul pacienta: | | |
| Rodné číslo: | Stav: | Pojišťovna: |
| Adresa trvalého bydliště: | | |
| Adresa nynějšího pobytu pacienta: | | |
| Telefon: | | |

| | | |
|---|--------|--------|
| Jméno, příjmení osoby, která o pacienta pečuje: | | Vztah: |
| Datum narození: | | |
| Adresa: | | |
| Telefon: | Email: | |
| Další pečující osoba: | | Vztah: |
| Datum narození: | | |
| Adresa: | | |
| Telefon: | Email: | |

Vyplní lékař:

| | |
|---|----------------|
| Odesílající lékař: | Telefon: |
| Adresa: | |
| Praktický lékař: | Telefon: |
| Adresa: | |
| Nynější onemocnění (indikace k přijetí) | |
| Diagnózy - uveďte priority dle závažnosti příznaků, přiložte propouštěcí či překladovou zprávu | |
| Dosavadní a současná terapie včetně dávkování, není-li uvedeno v přiložené zprávě | |
| Kauzální léčba ukončena: <input type="checkbox"/> odborným pracovištěm/ošetřujícím lékařem <input type="checkbox"/> na žádost pacienta | |
| Alergie: | |
| Infekční onemocnění: | |
| Aktuální stav pacienta: | |
| Porucha vědomí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> somnolence <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> koma | |
| Bolest <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Místo bolesti: |
| Mobilita: <input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sed u lůžka, v lůžku <input type="checkbox"/> ležící | |
| Ostatní příznaky: <input type="checkbox"/> únava, slabost <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> zmatenost <input type="checkbox"/> nespavost <input type="checkbox"/> nauzea, zvracení <input type="checkbox"/> deprese <input type="checkbox"/> jiné – uveďte: | |
| Invazivní vstupy: <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> TSK <input type="checkbox"/> jiné – uveďte: | |
| Stomie: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Druh: |
| Pacient informován o povaze a prognóze svého onemocnění <input type="checkbox"/> plně <input type="checkbox"/> částečně, prosím upřesněte | |

Ošetřovatelská péče

| Soběstačnost | Zvládá sám/a | Nutná dopomoc | Plně závislý/á |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jídlo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oblékání | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hygiena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vyprazdňování | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dekubity – lokalita, popis, terapie: | | | |
| Jiné: | | | |

Sociální situace

| | |
|--|---|
| Příspěvek na péči <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Stupeň závislosti: <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV |
| Omezení k právním úkonům <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Zákonný zástupce: |
| Bydlení: | |
| Očekávání: | |
| Jiná sdělení: | |

.....
Datum a místo

.....
Podpis a razítko lékaře

POSTUP PRO PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICOVÉ PÉČE CARITAS:

- žádost vyplní ošetřující lékař (praktický lékař či odborný lékař v nemocnici) společně s pacientem a rodinou
- lékař poučí pacienta o jeho zdravotním stavu a možnostech Hospicové péče Caritas
- k žádosti přiloží překladovou nebo propouštěcí zprávu a podepsaný Informovaný souhlas pacienta
- vyplněnou žádost je nutné doručit osobně, poštou nebo mailem na adresu pracoviště: **DOMAolomouc@hospickopecek.charita.cz**; **DOMAsumperk@hospickopecek.charita.cz** nebo **DOMAzabreh@hospickopecek.charita.cz**
- po přijetí žádosti se s pacientem nebo jeho rodinou telefonicky spojí lékař nebo vrchní sestra Hospicové péče Caritas a domluví první osobní kontakt
- o přijetí / nepřijetí pacienta do péče Hospicové péče Caritas rozhoduje lékař Hospicové péče Caritas
- s informacemi bude nakládáno v souladu s nařízením GDPR