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:**  odborným pracovištěm/ošetřujícím lékařem  na žádost pacienta | | | |
| Alergie: | | | |
| Infekční onemocnění: | | | |
| Aktuální stav pacienta: | | | |
| Porucha vědomí  ano  ne  somnolence  sopor  koma | | | |
| Bolest  ano  ne | | Místo bolesti: | |
| Mobilita:  chodící  chodící s dopomocí  sed u lůžka, v lůžku  ležící | | | |
| Ostatní příznaky:  únava, slabost  dušnost  úzkost  zmatenost  nespavost  nauzea, zvracení  deprese  jiné – uveďte: | | | |
| Invazivní vstupy:  NGS  PEG  PMK  TSK  jiné – uveďte: | | | |
| Stomie:  ano  ne | Druh: | | |
| Pacient informován o povaze a prognóze svého onemocnění  □ plně □ částečně, prosím upřesněte | | | |

Ošetřovatelská péče

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Soběstačnost | Zvládá sám/a | Nutná dopomoc | Plně závislý/á |
| Jídlo |  |  |  |
| Oblékání |  |  |  |
| Hygiena |  |  |  |
| Vyprazdňování |  |  |  |
| Dekubity – lokalita, popis, terapie: | | | |
| Jiné: | | | |

Sociální situace

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příspěvek na péči  ano  ne | Stupeň závislosti:  I.  II.  III.  IV | |
| Omezení k právním úkonům  ano  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 telefonický 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