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