

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DO DOMU RAFAEL

Meno, priezvisko, titul:

Zdrav. poisťovňa:

Trvalý pobyt:

Rodné číslo:

NÁVRH LEKÁRA na poskytovanie zdravotnej starostlivosti *

**vyplní všeobecný lekár/špecializovaný lekár/ošetrujúci lekár v nemocničnom zariadení alebo v ambulancii*

!!! Ak pacient prichádza na hospitalizáciu z domáceho prostredia alebo ak prepúšťacia správa z aktuálnej hospitalizácie obsahuje iba nasadenú (nie kompletnú) liečbu, LEKÁR je povinný potvrdiť aj prílohu AKTUÁLNA LIEČBA

Hlavná lekárska dg slovom a kódom podľa MKCH:

Vedľajšie dg slovom a kódom:

AA:

Intolerancie:

Diéta: ☐ nie ☐ áno – aká: ☐ diabetická ☐ bezlaktózová ☐ bezlepková ☐ iná - aká:

Hmotnosť: _____ kg Výška: _____ cm

Aktuálny fyzický stav:

Pohyblivosť: ☐ chodiaci ☐ chodí s pomôckou ☐ nechodí, sedí ☐ ležiaci
Potreba plienkovania: ☐ nie ☐ áno
Preležaniny: ☐ nie ☐ áno – kde sa nachádzajú:
Zmeny na koži: ☐ nie ☐ áno – aké zmeny:

Zmyslové poruchy:

Porucha sluchu: ☐ nie ☐ áno – aká:
Porucha zraku: ☐ nie ☐ áno – aká:
Porucha reči: ☐ nie ☐ áno – aká:

Aktuálny psychický stav:

Psychické poruchy: ☐ nie ☐ áno – aké:
Psychiatrická liečba: ☐ nie ☐ áno – aká:

Kolonizácia multirezistentným patogénom: ☐ nie ☐ áno – kmeň:

Indikácie na prijatie pacienta do domu ošetrovateľskej starostlivosti (DOS):

nepretržitá ošetrovateľská starostlivosť v súvislosti:

- ☐ s imobilizačným syndrómom
- ☐ s chronickým dekompenzovaným ochorením
- ☐ po operačnom výkone
- ☐ po úraze s obmedzenou hybnosťou
- ☐ s narušenou integritou kože
- ☐ s iným zdravotným problémom:

Indikácie na prijatie pacienta do ústavnej hospicovej starostlivosti:

- ☐ ústavná starostlivosť v hospici / paliatívna starostlivosť:
 - ✓ terminálna fáza nezvratne progresívneho somatického ochorenia po vyčerpaní všetkých terapeutických možností (ukončená liečba)
 - ✓ zdravotný stav vyžaduje dennú lekársku starostlivosť, zameranú na riešenie akútnych zmien zdravotného stavu vyžadujúcich lekárske zásahy a potvrdzujúcich progresiu ochorenia vedúcu k smrti
 - ✓ potreba nepretržitého poskytovania výlučne paliatívnej starostlivosti na udržanie kvality života a dôstojnosti pacienta
 - ✓ zdravotnú starostlivosť nie je možné realizovať v domácom prostredí (napr. cez MOHO, ADOS) alebo v Dose či v ZSS (napr. v ŠpZ)
- alebo**
- ☐ vegetatívny stav (koma vigile) - starostlivosť v domácom prostredí nemožná

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

ŽIADOSŤ O PRIJATIE DO DOMU RAFAEL – PRÍLOHA AKTUÁLNA LIEČBA*

**vyplní všeobecný lekár/špecializovaný lekár/ošetrojúci lekár v nemocničnom zariadení alebo v ambulancii*

Túto prílohu je potrebné potvrdiť v prípade, ak pacient žiada o prijatie a prichádza na hospitalizáciu z domáceho prostredia alebo ak prepúšťacia správa z poslednej hospitalizácie obsahuje iba nasadenú (nie kompletnú) liečbu

Ak má pacient dispenzárnu starostlivosť u špecialistov, k žiadosti je potrebné priložiť aktuálne lekárske nálezy od všetkých špecialistov (oftalmológ, diabetológ, onkológ, hematológ, psychiater,...).

Meno, priezvisko, titul:

Rodné číslo::

Aktuálny zdravotný stav/Epikríza:

Kompletná medikácia pacienta (vrátane kvapiek, liekov p.p., ...):

Názov lieku vrátane gramáže	Dávkovanie	Názov lieku vrátane gramáže	Dávkovanie

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára: