

Žiadosť o prijatie do Domu RAFAEL - Hospic

Prijatie do ústavnej hospicovej starostlivosti:

Prijatie do hospicu je možné len <u>NA ZÁKLADE ODPORUČENIA LEKÁRA</u>	
Návrh na prijatie vyplní lekár na druhej strane žiadosti.	
PACIENT - základné informácie (vyplní žiadateľ / rodina)	
Meno, priezvisko, titul:	Zdrav. poisťovňa:
Rodinný stav: ☐ ženatý/vydatá ☐ vdovec, vdova ☐ slobodný/á	Povolanie:
Trvalý pobyt:	Miesto narodenia:
	Rodné číslo:
	alebo dátum narodenia:
Prichádza: ☐ z domu ☐ zo zariadenia/z nemocnice:	
Posledná hospitalizácia: kde:	do:
	od:
Spôsobilosť pacienta na právne úkony:	
☐ áno ☐ nie (ak nie, je vhodné predložiť potrebné dokumenty)	
ŽIADATEĽ / rodina - kontaktné osoby	
Meno, priezvisko, titul:	Vzťah k pacientovi:
Kontakt (tel.,email):	
Meno, priezvisko, titul:	Vzťah k pacientovi:
Kontakt (tel.,email):	
Žiadateľ svojim podpisom potvrdzuje, že on rovnako ako pacient: ✓ budú rešpektovať a dodržiavať domový poriadok a doporučený paliatívny režim v hospici ✓ akceptujú, že v Dome RAFAEL neposkytujeme špeciálnu dietetickú stravu ✓ v žiadosti uviedli pravdivé informácie a nezatajili dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta ✓ na výzvu klientskeho centra priložia aj ďalšie dokumenty V prípade, že sa po prijatí do Domu RAFAEL preukáže nepravdivosť alebo neúplnosť informácií uvedených žiadateľom, vyhradzuje si Dom RAFAEL právo ukončiť hospitalizáciu a vrátiť pacienta do domáceho prostredia.	
Dátum	podpis žiadateľa

VYJADRENIE ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE
V prípade potreby doložiť vyjadrenie revízneho oddelenia danej zdravotnej poisťovne
Dátum vyjadrenia:

VYJADRENIE POSKYTOVATEĽA (vyplní akceptačná komisia Domu RAFAEL)	
Prijatie na oddelenie:	Predpokladaný dátum nástupu:
Dátum schválenia:	Podpis a pečiatka PZS

Návrh na prijatie pacienta do ústavnej hospicovej starostlivosti (vyplní lekár)									
Odosielaajúci / Odporúčajúci lekár:					Pracovisko/Adresa:				
AA:									
Intolerancie:									
Diéta: ☐ nie ☐ diabetická ☐ bezlaktózová ☐ bezlepková ☐ iná - aká:									
Hmotnosť: _____ kg Výška: _____ cm BMI: _____									
Aktuálny stav pacienta (Paliatívna škála výkonnosti): Mobilita: ☐ prevažne na lôžku ☐ trvale na lôžku Úroveň aktivity: ☐ neschopný žiadnej činnosti Symptómy choroby: ☐ úplne rozvinutá choroba Sebestačnosť: ☐ asistencia pri väčšine úkonov ☐ úplná nesebestačnosť Príjem potravy: ☐ normálny / s obmedzením ☐ s obmedzením ☐ minimálny ☐ sonda / PEG ☐ starostlivosť o ústnu dutinu Stav vedomia: ☐ normálny ☐ spavosť +/- zmätenosť ☐ spavosť alebo kóma									
Informovanosť pacienta: o diagnóze: ☐ plná ☐ čiastočná ☐ žiadna ☐ nedá sa posúdiť o prognóze: ☐ plná ☐ čiastočná ☐ žiadna ☐ nedá sa posúdiť									
Kolonizácia multirezistentným patogénom: ☐ nie ☐ áno – kmeň: <i>(potrebné doložiť potvrdenie o bezinfekčnosti)</i>									
Hlavná lekárska dg slovom: Kód podľa MKCH: Dátum stanovenia hlavnej diagnózy: _____ Metastázy: ☐ áno ☐ nie Terapia bolesti (opiáty): ☐ áno ☐ nie Kyslíková terapia: ☐ áno ☐ nie Invazívne pomôcky: ☐ PMK ☐ PEG ☐ stomia ☐ i.v. prístup: _____ ☐ : iné: Vedľajšie dg slovom a kódom:									
Aktuálny zdravotný stav:									
Prognóza života: _____ (6 mesiacov podľa § 10e zákona 576/2004 Zb.) Dolu podpísaný lekár potvrdzuje, že pacient, ktorého odporúča: ✓ je v terminálnej fáze nezvratne progresívneho somatického ochorenia po vyčerpaní všetkých terapeutických možností, ktoré by mohli chorobu vyliečiť alebo zastaviť jej progresiu, pričom platí, že takéto liečebné postupy ani nebudú poisťencovi poskytované, ✓ zdravotný stav vyžaduje dennú lekársku starostlivosť dokumentovanú v dekurze, zameranú na riešenie akútnych zmien zdravotného stavu vyžadujúcich lekárske zásah a potvrdzujúcich progresiu ochorenia vedúcu k smrti ✓ potreba nepretržitého poskytovania výlučne paliatívnej starostlivosti na udržanie kvality života a dôstojnosti pacienta a ✓ zdravotnú starostlivosť nie je možné realizovať v domácom prostredí prostredníctvom (MOHO, ADOS), ani v DOSe alebo v ZSS									
Aktuálna liečba/farmakoterapia - dávkovanie:									
Názov lieku vrátane gramáže <i>(ak je p.p. treba uviesť)</i>	Dávkovanie				Názov lieku vrátane gramáže <i>(ak je p.p. treba uviesť)</i>	Dávkovanie			
	R	O	V	N		R	O	V	N
Dátum:					Podpis a pečiatka lekára				