



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: <input type="checkbox"/> ženatý/vydatá <input type="checkbox"/> vdovec, vdova <input type="checkbox"/> slobodný/á	Povolanie:
Trvalý pobyt:	Miesto narodenia: Rodné číslo: alebo dátum narodenia:
Prichádza: <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> zo zariadenia/z nemocnice:	
Posledná hospitalizácia: kde: od: do:	
Spôsobilosť pacienta na právne úkony: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie (ak nie, je vhodné predložiť potrebné dokumenty)	
ŽIADATEĽ / rodina - kontaktné osoby	
Meno, priezvisko, titul: Kontakt (tel.,email):	Vzťah k pacientovi:
Meno, priezvisko, titul: Kontakt (tel.,email):	Vzťah k pacientovi:
<p>Žiadateľ svojim podpisom potvrdzuje, že on rovnako ako pacient:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ budú rešpektovať a dodržiavať domový poriadok a doporučený paliatívny režim v hospici✓ akceptujú, že v Dome RAFAEL neposkytujeme špeciálnu diabetickú stravu✓ v žiadosti uviedli pravdivé informácie a nezatajili dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta✓ na výzvu klientskeho centra priložia aj ďalšie dokumenty <p>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.</p>	
_____	_____
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)																																																																																									
Odosielajúci / Odporúčajúci lekár:	Pracovisko/Adresa:																																																																																								
AA: Intolerancie:																																																																																									
Diéta: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> diabetická <input type="checkbox"/> bezlaktózová <input type="checkbox"/> bezlepková <input type="checkbox"/> iná - aká:																																																																																									
Hmotnosť: _____ kg Výška: _____ cm BMI: _____																																																																																									
Aktuálny stav pacienta (<i>Paliatívna škála výkonnosti</i>):																																																																																									
Mobilita: <input type="checkbox"/> prevažne na lôžku <input type="checkbox"/> trvale na lôžku Úroveň aktivity: <input type="checkbox"/> neschopný žiadnej činnosti Symptómy choroby: <input type="checkbox"/> úplne rozvinutá choroba Sebestačnosť: <input type="checkbox"/> asistencia pri väčšine úkonov <input type="checkbox"/> úplná nesebestačnosť Príjem potravy: <input type="checkbox"/> normálny / <input type="checkbox"/> s obmedzením <input type="checkbox"/> s obmedzením <input type="checkbox"/> minimálny <input type="checkbox"/> sonda / PEG <input type="checkbox"/> starostlivosť o ústnu dutinu Stav vedomia: <input type="checkbox"/> normálny <input type="checkbox"/> spavosť +/- zmätenosť <input type="checkbox"/> spavosť alebo kóma																																																																																									
Informovanosť pacienta: o diagnóze: <input type="checkbox"/> plná <input type="checkbox"/> čiastočná <input type="checkbox"/> žiadna <input type="checkbox"/> nedá sa posúdiť o prognóze: <input type="checkbox"/> plná <input type="checkbox"/> čiastočná <input type="checkbox"/> žiadna <input type="checkbox"/> nedá sa posúdiť																																																																																									
Kolonizácia multirezistentným patogénom: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – kmeň: (potrebné doložiť potvrdenie o bezinfekčnosti)																																																																																									
Hlavná lekárska dg slovom: Kód podľa MKCH: Dátum stanovenia hlavnej diagnózy: Metastázy: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Terapia bolesti (opiáty): <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Kyslíková terapia: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Invazívne pomôcky: <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> stomia <input type="checkbox"/> i.v. prístup: _____ <input type="checkbox"/> : 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: <input checked="" type="checkbox"/> 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, <input checked="" type="checkbox"/> zdravotný stav vyžaduje dennú lekársku starostlivosť dokumentovanú v dekurze, zameranú na riešenie akútnych zmien zdravotného stavu vyžadujúcich lekárske zásahy a potvrdzujúcich progresiu ochorenia vedúcu k smrti <input checked="" type="checkbox"/> potreba nepretržitého poskytovania výlučne paliatívnej starostlivosti na udržanie kvality života a dôstojnosti pacienta a <input checked="" type="checkbox"/> zdravotnú starostlivosť nie je možné realizovať v domácom prostredí prostredníctvom (MOHO, ADOS), ani v DOSe alebo v ZSS																																																																																									
Aktuálna liečba/farmakoterapia - dávkovanie:																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Názov lieku vrátane gramáže (ak je p.p. treba uviesť)</th> <th colspan="4">Dávkovanie</th> <th rowspan="2">Názov lieku vrátane gramáže (ak je p.p. treba uviesť)</th> <th colspan="4">Dávkovanie</th> </tr> <tr> <th>R</th> <th>O</th> <th>V</th> <th>N</th> <th>R</th> <th>O</th> <th>V</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Názov lieku vrátane gramáže (ak je p.p. treba uviesť)	Dávkovanie				Názov lieku vrátane gramáže (ak je p.p. treba uviesť)	Dávkovanie				R	O	V	N	R	O	V	N																																																																							
Názov lieku vrátane gramáže (ak je p.p. treba uviesť)		Dávkovanie					Názov lieku vrátane gramáže (ak je p.p. treba uviesť)	Dávkovanie																																																																																	
	R	O	V	N	R	O		V	N																																																																																
Dátum:	Podpis a pečiatka lekára																																																																																								