

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

Ošetřovatelská péče

Soběstačnost	Zvládá sám/a	Nutná dopomoc	Plně závislý/á
Jídlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oblékání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyprazdňování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubity – lokalita, popis, terapie:			
Jiné:			

Sociální situace

Příspěvek na péči <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Stupeň závislosti: <input type="checkbox"/> I. <input type="checkbox"/> II. <input type="checkbox"/> III. <input type="checkbox"/> IV
Omezení k právním úkonům <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> 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: [paliativa@olomouc.charita.cz](mailto:paliativa@olomouc.charita.cz)
- po přijetí žádosti se s pacientem nebo jeho rodinou telefonicky 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