**Zdravotní záznam žadatele o umístění v hospici Citadela**

Jméno, příjmení: **­­­­­­­­­­­­­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: **­­­­**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dieta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Diagnózy** - uveďte priority podle závažnosti příznaků nebo přiložte propouštěcí zprávu. |
|  |
|  |
|  |
|   |
|  |
| **Trpí pacient bolestí? Pokud ano, popište dosavadní terapii a její účinnost.** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Známé alergie:** |
|  |
|  |
| **Jaké léky klient v současné době užívá? Vypište prosím přesně, včetně dávkování.** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Nutná ošetřovatelská péče z hlediska zdravotního postižení a omezení:** |
| **Vážné postižení kůže - proleženiny, bércové vředy, proleženiny apod.:** |
| **Kde a v jakém stavu:** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schopnost chůze: | ano □ | s dopomocí □ | ne □ |
| Potřeba dopomoci při: | jídle □ | hygieně □ | oblékání □ |
| Používá pomůcky: | berle □ | invalidní vozík □ | jiné: |
| Inkontinence: | moč: ano □ ne □ | stolice: ano □ ne □ |   |
| **Co od pobytu v hospici očekává:** | Lékař | Klient | Rodina |
| Paliativní péči od: | ano □ ne □ | ano □ ne □ | ano □ ne □ |
| Léčbu bolesti: | ano □ ne □ | ano □ ne □ | ano □ ne □ |
| Léčbu jiných symptomů - kterých: | ano □ ne □ | ano □ ne □ | ano □ ne □ |
| Co ještě: | ano □ ne □ | ano □ ne □ | ano □ ne □ |

|  |
| --- |
| **Co bylo řečeno klientovi o jeho diagnóze a prognóze?** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Nakolik je o stavu klienta informována rodina? Co bylo řečeno rodině o prognóze?** |
|   |
|   |

|  |
| --- |
| **Chce klient o své situaci mluvit** (aspoň občas)? |
|   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zájem o ubytování doprovázející osoby na pokoji s klientem:** | **ano □ ne □** |

|  |
| --- |
| **Další důležité informace:** |
|   |
|   |
|   |
|   |

Svobodný informovaný souhlas pacienta - přikládám, je podmínkou přijetí.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_