



Dom RAFAEL
Kutlíkova 15
85102 Bratislava
Slovenská republika

telefón: 02/43191987, 0904 344454
email: info@domrafael.sk
http://www.domrafael.sk

Návrh na zdravotnú a sociálnu starostlivosť v Dome RAFAEL

Základné údaje o pacientovi/klientovi (vyplní žiadateľ)	
Meno, priezvisko, titul:	Zdrav. poisťovňa:
Trvalý pobyt:	
Rodné číslo:	Zamestnanie:
Pacient/klient prichádza: <input type="checkbox"/> z domu <input type="checkbox"/> zo sociálneho zariadenia – ktorého: <input type="checkbox"/> z nemocnice – ktorej:	
Posledná hospitalizácia: <input type="checkbox"/> aktuálne hospitalizovaný od: <input type="checkbox"/> v minulosti – dátum prepustenia:	
Prvá kontaktná osoba:	Vzťah k pacientovi:
Email:	Telefón:
Druhá kontaktná osoba:	Vzťah k pacientovi:
Email:	Telefón:
Požadovaná dĺžka starostlivosti: <input type="checkbox"/> dlhodobu <input type="checkbox"/> krátkodobu – počet dní/týždňov: _____	
Požadovaný dátum prijatia do starostlivosti:	
Požadovaná forma starostlivosti: <input type="checkbox"/> pobytová <input type="checkbox"/> ambulatná, len v pracovné dni	
Aktuálny fyzický stav: Pohyblivosť: <input type="checkbox"/> chodiaci <input type="checkbox"/> chodí s pomôckou <input type="checkbox"/> nechodí, sedí <input type="checkbox"/> ležiaci Potreba plienkovania: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Preležaniny: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – kde sa nachádzajú: Zmeny na koži: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – aké zmeny: Hmotnosť: _____ kg	
Zmyslové poruchy: Porucha sluchu: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Porucha zraku: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – aká: Porucha reči: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – aká:	
Používané rehabilitačné a kompenzačné pomôcky: <input type="checkbox"/> barle <input type="checkbox"/> invalidný vozík <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> G-aparát <input type="checkbox"/> polohovacia posteľ <input type="checkbox"/> antidekubitný matrac	
Aktuálny psychický stav: Psychické poruchy: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Depresie: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Dezorientácia: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Psychiatrická liečba: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Diéta: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – aká:	
Predpokladaný spôsob zabezpečenia liekov: <input type="checkbox"/> všetky lieky si prinesie z domu <input type="checkbox"/> prinesie recepty predpísané ambulantným lekárom, vždy podľa pokynov Domu RAFAEL <input type="checkbox"/> zmení všeobecného lekára, následne lieky zabezpečí Dom RAFAEL	

* vyplní všeobecný lékař alebo iný špecializovaný lekár, alebo ošetrujúci lekár v nemocničnom alebo v inom zariadení

Údaje o zdravotnom stave pacienta/klienta (vyplní lekár)*	
Hlavná lekárska dg slovom a kódom podľa MKCH:	
Vedľajšie dg slovom a kódom:	
Aktuálny zdravotný stav, dôvod pre prijatie do starostlivosti:	
Aktuálna liečba a farmakoterapia:	
Kognitívny a psychický stav:	<input type="checkbox"/> bez porúch <input type="checkbox"/> ľahké poruchy <input type="checkbox"/> stavy zmätenosti <input type="checkbox"/> demencia
Mobilita:	<input type="checkbox"/> chodiaci <input type="checkbox"/> chodí s pomôckou <input type="checkbox"/> nechodí, sedí <input type="checkbox"/> ležiaci
Inkontinencia:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: <input type="checkbox"/> močom <input type="checkbox"/> stolicou
Dekubity:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Kolonizácia multirezistentným patogénom:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno – kmeň:
Odporúčaný dátum prijatia do starostlivosti:	
Odporúčaný typ starostlivosti:	<input type="checkbox"/> Hospic <input type="checkbox"/> ŠpZ – sociálna služba <input type="checkbox"/> Dom ošetrovateľskej starostlivosti <input type="checkbox"/> DSS – sociálna služba
Odporúčaná dĺžka starostlivosti:	<input type="checkbox"/> dlhodobo <input type="checkbox"/> krátkodobo – počet dní/týždňov: _____
Dátum:	Podpis a pečiatka lekára:

*túto časť vyplní akceptačná komisia Domu RAFAEL

Vyjadrenie akceptačnej komisie (vyplní Dom RAFAEL)	
Dátum prijatia žiadosti:	
Predpokladaný dátum nástupu:	
Prijatie do jednotky starostlivosti:	<input type="checkbox"/> Hospic <input type="checkbox"/> DOS <input type="checkbox"/> ŠpZ <input type="checkbox"/> DSS
Prijatie na dobu:	<input type="checkbox"/> neurčitú <input type="checkbox"/> určitú – počet dní:
Prijatie na oddelenie:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D na izbu číslo:
Vyjadrenie AK:	
Dátum vyjadrenia AK:	Podpis a pečiatka riaditeľa Domu RAFAEL: