



## 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"/> natrvalo <input type="checkbox"/> dočasne – 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:	
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: <input type="checkbox"/> diabetická <input type="checkbox"/> bezlepková <input type="checkbox"/> bezlaktózová <input type="checkbox"/> iná:	
Predpokladaný spôsob zabezpečenia liekov: <input type="checkbox"/> všetky lieky si prinesie so sebou <input type="checkbox"/> prinesie recepty predpísané ambulantným lekárom, vždy podľa pokynov Domu RAFAEL <input type="checkbox"/> zmení všeobecného lekára (možné len pri prijatí natrvalo) <input type="checkbox"/> lieky zabezpečí Dom RAFAEL (možné len v hospici)	

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

**Návrh na prijatie pacienta/klienta do zdravotnej starostlivosti (vyplní lekár)\***

Hlavná lekárska dg slovom a kódom podľa MKCH:

Vedľajšie dg slovom a kódom:

Aktuálny zdravotný stav:

Aktuálna liečba a farmakoterapia:

Kolonizácia multirezistentným patogénom:  nie  áno – kmeň:

Indikácie na prijatie:

- paliatívna starostlivosť  ošetrovateľská starostlivosť v súvislosti
- iné:  s imobilizačným syndrómom
- s chronickým dekompenzovaným ochorením
- po operačnom výkone
- po úraze s obmedzenou hybnosťou
- s narušenou integritou kože
- s iným zdravotným problémom:

Odporúčaná dĺžka starostlivosti: \_\_\_\_\_ dní/týždňov

Dátum:

Podpis a pečiatka lekára:

\*túto časť vyplní akceptačná komisia Domu RAFAEL

**Vyjadrenie akceptačnej komisie (vyplní Dom RAFAEL)**

Dátum prijatia žiadosti:

Prijatie do jednotky starostlivosti:  Hospic  DOS  ŠpZ  DSS

Prijatie na dobu:  neurčitú  určitú – počet dní:

Prijatie na oddelenie:  A  B  C  D na izbu číslo:

Vyjadrenie AK:

Predpokladaný dátum nástupu:

Dátum vyjadrenia AK:

Podpis a pečiatka Domu RAFAEL