ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO PÉČE

□ městského domácího hospice
□ ambulance paliativní medicíny

PACIENT:
příjmení a jméno
rodné číslo
zdravotní pojišťovna
adresa kde bude nemocný pobývat

PEČUJÍCÍ:
jméno a příjmení
ve vztahu k pacientovi
KONTAKTNÍ TELEFON

DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI:

☐ pokročilé onkologické onemocnění s ukončenou protinádorovou terapií

☐ pokročilé neonkologické onemocnění, interní polymorbidita

☐ jiný důvod, jaký?

DIAGNÓZY, EPIKRÍZA:

ODHAD PROGNÓZY: ☐ dny ☐ týdny ☐ měsíce ☐ nejasná

MOBILITA A SOBĚSTAČNOST PACIENTA:

☐ pacient je chodící, schopen sebeobsluhy

☐ pacient převážně ležící, schopen chůze s pomocí, částečně schopen sebeobsluhy

☐ pacient ležící, zcela závislý na cizí pomoci

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO PÉČE

KONTAKT, VĚDOMÍ: ☐ bez omezení ☐ ztížený ☐ nelze navázat

AKTUÁLNÍ POTÍŽE:

☐ bolest ☐ dušnost ☐ nechutenství, nevolnost, zvracení ☐ zácpa ☐ slabost, únava

☐ nespavost ☐ úzkost, deprese ☐ stavy zmatenosti ☐ kožní defekty, dekubity

☐ jiné:

MEDIKACE včetně formy podání:

PACIENT MÁ ZAVEDEN:

☐ PŽK ☐ CVK ☐ portPICC

☐ kolostomii ☐ ileostomii ☐ epicystostomii ☐ nefrostomii/e

☐ PMK ☐ břišní drén ☐ hrudní drén ☐ PTD

☐ PEG ☐ NGS ☐ NJS

☐ jiné:

OXYGENOTERAPIE? ☐ ano ☐ ne

POTŘEBUJE PACIENT ZDRAVOTNÍ ČI KOMPENZAČNÍ POMŮCKY?

☐ ano, jaké?

☐ ne

JSOU MU V DOBĚ PODÁVÁNÍ ŽÁDOSTI POSKYTOVÁNY JINÉ SLUŽBY?

☐ domácí zdravotní ošetřovatelská péče / homecare

☐ terénní odlehčovací služba / pečovatelé

☐ nevím

ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO PÉČE

NYNÍ JE PACIENT:

☐ doma

☐ v zařízení sociálních služeb

☐ hospitalizován. kde? plánovaný termín propuštění?

Pokud propouštíte pacienta domů bez návaznosti péče ambulance paliativní medicíny nebo domácího hospice, přiložte prosím níže propouštěcí zprávu

ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ:
jméno a příjmení
telefon
pracoviště

☐ Potvrzuji, že jsem informoval pacienta i pečující a tito s poskytováním paliativní péče souhlasí.

☐ Potvrzuji, že pacient i pečující poskytují své osobní a kontaktní údaje a udělují souhlas s jejich shromážděním a zpracováním ve smyslu nařízení EU č. 2016/679 GDPR.