# ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO PÉČE

ambulance paliativní medicíny

mobilní specializované paliativní péče / domácího hospice

# PACIENT

jméno a příjmení, titul Klikněte sem a zadejte text.

rodné číslo Klikněte sem a zadejte text.

zdravotní pojišťovna Klikněte sem a zadejte text.

ADRESA kde bude nemocný pobývat Klikněte sem a zadejte text.

# PEČUJÍCÍ OSOBA

jméno a příjmení, titul Klikněte sem a zadejte text.

ve vztahu k pacientovi Klikněte sem a zadejte text.

KONTAKTNÍ TELEFON Klikněte sem a zadejte text.

# DŮVOD PODÁNÍ ŽÁDOSTI

Pokročilé onkologické onemocnění s ukončenou protinádorovou terapií

Pokročilé neonkologické onemocnění, interní polymorbidita

Jiný důvod Klikněte sem a zadejte text.

# DIAGNÓZY, EPIKRÍZA

Klikněte sem a zadejte text.

# 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

# KONTAKT, vědomí

Bez omezení Ztížený Nelze navázat

# AKTUÁLNÍ POTÍŽE

Bolest Dušnost Slabost, únava Stavy zmatenosti Nechutenství Nevolnost

Zvracení Zácpa Nespavost Úzkost Deprese Kožní defekty, dekubity

jiné Klikněte sem a zadejte text.

# MEDIKACE včetně formy podání

Pravidelná Klikněte sem a zadejte text.

Při potížích Klikněte sem a zadejte text.

# PACIENT MÁ ZAVEDEN

PŽK CVK PICC port

Kolostomii ileostomii epicystostomii nefrostomii/e PMK

Břišní drén Hrudní drén PTD

PEG NGS NJS

jiné Klikněte sem a zadejte text.

# OXYGENOTERAPIE

ano ne

# Potřebuje pacient ZDRAVOTNÍ ČI KOMPENZAČNÍ POMŮCKY?

Ano. Jaké? Klikněte sem a zadejte text.

Ne

# Jsou mu v době podání žádosti poskytovány JINÉ SLUŽBY?

Domácí zdravotní ošetřovatelská péče / homecare

Terénní odlehčovací služba / pečovatelé

Jiné Klikněte sem a zadejte text.

Nevím

# NYNÍ JE pacient?

Doma

V zařízení sociálních služeb

Hospitalizován. Kde? Plánovaný termín propuštění? Klikněte sem a zadejte text.

*Pokud propouštíte pacienta domů bez návaznosti péče ambulance paliativní medicíny nebo domácího hospice, přiložte prosím k žádosti propouštěcí zprávu.*

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.

# ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ

Jméno Klikněte sem a zadejte text.

Telefon Klikněte sem a zadejte text.

Pracoviště Klikněte sem a zadejte text.

*V případě potřeby akutního přijetí nebo k ověření indikace k přijetí žádáme lékaře, aby telefonicky kontaktovali sestru ambulance 771 125 902. Děkujeme za spolupráci. MUDr.Regina Slámová, vedoucí lékař*