# 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*