# ŽÁDOST O PŘIJETÍ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

**Jméno a příjmení**:................................................ RČ:............................................ ZP: ...............

Trvalé bydliště:.............................................................................................................................

Příspěvek na péči: [ ]  ANO [ ]  NE - [ ]  Žádost byla podána: ..........................

**Kontaktní osoba:** ...................................................... Příbuzenský poměr: ....................................

Bydliště: .................................................................. Telefon: .....................................................

Další kontaktní údaje: ..................................................................................................................

**Jméno a adresa praktického lékaře:** ...............................................................................................

 ................................................................................................

Cíl hospitalizace: .........................................................................................................................

**K přijetí je nutno si vzít OP a kartičku zdravotní pojišťovny, základní hygienické potřeby, pohodlné boty s pevnou patou.**

**SOUHLASÍ / JE INFORMOVÁNA RODINA ČI PACIENT S UMÍSTĚNÍM NA ONP**

[ ]  **ANO** [ ]  **NE**

**Závazné prohlášení pacienta či příbuzných: *Jsme si vědomi, že žádáme o léčení ve zdravotnickém zařízení, z něhož po ukončení léčby (zhojení či stabilizaci zdravotního stavu, kdy dalším pobytem nebude možné docílit zlepšení zdravotního stavu), bude nemocný propuštěn do domácí péče.***

[ ]  **ANO** [ ]  **NE …………...........................................**

 **podpis pacienta (příbuzného)**

|  |
| --- |
| **Informace o pacientovi**  |
| **1.** | Nají se | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| **2.** | Posadí se na lůžku | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| **3.** | Pohybuje se mimo lůžko | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| **4.** | Zvládá osobní hygienu | sám | ano | ne |
| s pomocí | ano | ne |
| **5.** | **Hmotnost:**  | **Výška:** |  |  |
| **6.** | Poslední hospitalizace: kde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | kdy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | od: | do: |
| **7.** | používá hůl / berle / chodítko  | vezme si s sebou ano / ne | ano | ne |
| **8.** | Pohybuje se na vozíku | vezme si s sebou ano / ne | ano | ne |
| **9.** | Trpí nespavostí | ano | ne |
| **10.** | Má poruchy paměti a orientace | ano | ne |
| **11.** | Má stavy noční zmatenosti | ano | ne |
| **12.** | Pomočuje se (inkontinence moče) | ano | ne |
| **13.** | Má zavedený permanentní močový katetr | ano | ne |
| **14.** | Udrží stolici (kontinence stolice) | ano | ne |
| **15.** | Používá plenkové kalhotky / vložky | ano | ne |
| **16.** | Má zavedenou periferní žilní katetr / CŽK (nehodící se škrtne) | ano  | ne |
| **17.** | Má poruchu sluchu (nedoslýchá) | ano | ne |
| **18.** | Používá sluchadlo ano / ne | vezme si s sebou ano / ne |
| **19.** | Je schopen/a slovní ano / ne | písemné komunikace ano / ne |
| **20.** | Má dekubity / jiné kožní defekty | jaké: | ano | ne |
| **21.** | Byl proveden screening MRSA | Uvést do zprávy | ano | ne |
| **22.** | Má podanou žádost do domova pro seniory, na oddělení sociální péče, či do jiného nezdravotnického zařízení? | Uveďte adresu: | ano | ne |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Zdravotní indikace k přijetí na ONP** (vyplní ošetřující lékař) |
|  |

|  |
| --- |
| **Terapie** (vyplní ošetřující lékař) |
|  |

**Prohlášení:** U nemocného *neprobíhá t.č. infekční onemocnění* (střevní - *Clostridie*, TBC, kožní - *MRSA* aj.), nemocný/á netrpí duševní chorobou s projevy výrazného neklidu a jednáním nebezpečným sobě a okolí.

Pacient se překládá s kompletní lékařskou a ošetřovatelskou překladovou zprávou. Při přijetí z domácí péče (jen ve výjimečných případech) je zapotřebí výpis ze zdravotní dokumentace od PL, případně sesterskou zprávou při již zavedené službě Home Care.

|  |
| --- |
| **Žádost na ONP podává oddělení ZZ / praktický lékař** (nehodící se škrtne)**:** |
| Oddělení / lékař: | Podpis lékaře: | Telefon: | Datum: |
|  |  |  |  |
|  |
| Datum: | Podpis: | Oddělení (ONP I. – V.): | Stav žádosti (vyřízena, pozastavena, zrušena): |
|  |  |  |  |