

Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

Příloha žádosti.

Zdravotní záznam

žadatele o pobyt odlehčovací pobytové služby CSOP Praha 15, Parnská 390.

Žadatel jméno a příjmení	
Narozen RČ Zdrav. poj. den, měsíc, rok
Aktuální zdravotní stav (motorické schopnosti mobilita, schopnost sebeobsluhy atd., případně délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení)	
Duševní stav (orientovanost žadatele, projevy narušující kolektivní soužití a další důležité údaje)	
Trpí žadatel demencí	<input type="checkbox"/> <i>prosím, označte odpovídající odpověď</i>
<input type="checkbox"/> NE	
<input type="checkbox"/> ANO, typ demence	Stupeň
Trpí žadatel, případně trpěl závislostí	
<input type="checkbox"/> Ne	
<input type="checkbox"/> ANO, jakou	
Potřebuje žadatel lékařské ošetření	trvalé <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
	občas <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Kardiostimulátor	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Alergie	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaké
Dieta	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaká
Kontroly u specialisty	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO a jaké

Centrum sociální a ošetřovatelské pomoci Praha 15

Žadatel je schopen chůze bez cizí pomoci <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Používá kompenzační pomůcky <input type="checkbox"/> hole <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> invalidní křeslo
Upoután na lůžko <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Schopen polohy v sedě, v křesle <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Sluch <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> nedoslýchá <input type="checkbox"/> zbytky sluchu <input type="checkbox"/> neslyší <input type="checkbox"/> sluchadlo
Zrak <input type="checkbox"/> normální <input type="checkbox"/> zhoršené vidění <input type="checkbox"/> zbytky zraku <input type="checkbox"/> nevidomý
Schopen se sám najíst, napít <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> Zubní protéza <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Inkontinence trvalá <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> v noci <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO toaleta u lůžka <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
Defekty kůže <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO Dekubity, stupeň lokalizace Opruzeniny, stupeň Kožní defekty Hematomy Lupénka
Medikace vč. dávkování
Výpis diagnóz a jiné údaje
Dne Razítko a podpis vyšetřujícího lékaře

Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.