**Zdravotní záznam žadatele o umístění na odlehčovací služby**

**Tento zdravotní záznam slouží jako náhrada poukazu ORP. Veškeré údaje a ordinace musí být aktuální. V případě změny diagnóz, medikace apod., nutno doložit před nástupem nový zdravotní záznam.**

**Jméno, příjmení:** _____

**Rodné číslo:** _____

**Dieta:** _____ **Pojišťovna:** _____

| **Diagnózy – uveďte priority podle závažnosti příznaků nebo přiložte propouštěcí zprávu.** |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |

| **Důležitá anamnestická data vzhledem k základní Dg.- operace, pozitivní nálezy apod.** |
|---|
| |
| |
| |

| **Známé alergie:** |
|---|
| |
| |

| **Jaké léky klient v současné době užívá? Vypište prosím přesně, včetně dávkování + medikace v případě potřeby.** |
|---|
| ***vzor: FURON 40 MG 1-0-0, Ibalgin 400mg při bolesti nad VAS nad 3 1tbl p.o max co 8hod, Paralen 500mg tbl při teplotě nad 37,5°C 1 tbl p.o. max co 6 hod atd.*** |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| **Vážné postižení kůže – proleženiny, bércové vředy, apod.:** |
|---|
| |
| |
| |
| |

| **Popis postupu ošetření ran (jak, čím, jak často):** |
|---|
| (*např. přiložena zpráva z ambulance léčby chronických ran)* |
| |
| |
| |

***Nehodící se škrtněte**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ***Schopnost chůze:** | ano ne | **s dopomocí** ano ne | |
| ***Potřeba dopomoci při:** | **jídle** ano ne | **hygieně** ano ne | **oblékání** ano ne |
| ***Používá pomůcky:** | **berle** ano ne | **invalidní vozík** ano ne | **jiné:** |
| ***Inkontinence:** | **moč:** ano ne | **stolice:** ano ne | |
| ***Orientace** | orientován zcela | částečně | dezorientován |

| **Další důležité informace: krevní odběry, kyslíková Th, glykemický profil. atd.** |
|---|
| ***(vzor: dne 5.8.2020 odebrat KO, ALT, AST., žádanku přikládám atd.)*** |
| |
| |
| |
| |

**Žádám zdravotní sestru hospice CITADELA o podávání léčiv a další provádění zdravotních výkonů.**

Datum:

Razítko a podpis praktického lékaře:

e-mail praktického lékaře: