



ŽÁDOST O PŘIJETÍ K ODLEHČOVACÍ SLUŽBĚ POBYTOVÉ



ŽADATEL	Příjmení, jméno, titul:	
	Datum narození:	Rodné číslo:
	Příspěvek na péči: <input type="checkbox"/> ANO stupeň: <input type="checkbox"/> NE	Zdravotní pojišťovna:
	Adresa trvalého bydliště:	
	Termín pobytu:	Důvod žádosti:
	Omezení svéprávnosti: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (v případě kladné odpovědi doložte neověřenou kopii rozsudku nebo usnesení)	
Nejblíží osoby	Jméno a příjmení:	vztah k uživateli:
	Adresa bydliště:	telefon: e-mail:

Stav soběstačnosti	Orientace <input type="checkbox"/> Normální <input type="checkbox"/> Dezorientoaná/ý	Pomoc při osobní hygieně <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Koupání s pomocí <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pomoc při oblékání <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
	Pomoc při jídle <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Dohled nad pitným režimem <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Péče o dutinu ústní, protézu <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
	Hygienické pomůcky při inkontinenci, vč. spotřeby den/noc, uveďte počet: kalhotky: den:, noc:..... vložky: den:, noc:..... podložky: den:, noc:.....		Běžně používá WC: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE WC židle: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> bez pomoci <input type="checkbox"/> den <input type="checkbox"/> noc		
	Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> chodítka, <input type="checkbox"/> invalidní vozík, <input type="checkbox"/> antidekubitní matrace, popř. jiné:..... V případě užívání kompenzačních pomůcek, si pomůcky přivezte sebou a označte si je svým jménem. <input type="checkbox"/> nevyžaduje žádné				

Žadatel bere na vědomí, že odlehčovací služba není zdravotnické zařízení, ale zařízení sociální péče.

Beru na vědomí, že odlehčovací služba neposkytuje rehabilitaci klienta.

V dne podpis žadatele



DOTAZNÍK PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY



1	Bydlí žadatel sám nebo ve společné domácnosti s dalšími osobami? S kým?
2	Kdo o žadatele obvykle pečuje?
3	Co žadatel zvládá dělat sám a s čím potřebuje pomoci?
4	Jak vypadá denní režim žadatele – kdy vstává, snídá, dopolední a odpolední odpočinek, aktivity, hygiena, usínání?
5	Které činnosti těší žadatele ve volném čase?
6	Jak probíhá komunikace, používáte při komunikaci nějaké pomůcky?
7	Co považujete za důležité, abychom věděli?
8	Na co si dát pozor, důležitá upozornění (riziko pádu, odchodu ze zařízení aj.)
9	Je pacient schopen soužití s dalšími klienty? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
10	Kdo dotazník vyplnil? (jméno, příjmení, vztah k zájemci o službu)



VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE ŽADATELE



ŽADATEL	Příjmení, jméno, titul:					
	Rodné číslo:			Zdravotní pojišťovna:		
	Adresa trvalého bydliště:					
PRAKTICKÝ LÉKÁŘ	Jméno, příjmení a kontaktní informace (adresa, telefon, email):					
Zdravotní stav pacienta umožňuje pobyt na sociálním lůžku (bez lékařské péče, pouze ošetrovatelská) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne						
Hlavní diagnóza v čísl. kódu, datum stanovení:						
Ostatní diagnózy, datum stanovení:						
Trpí pacient demencí? Uvedte prosím typ/druh a stupeň rozvoje <input type="checkbox"/> Ano, <input type="checkbox"/> Ne						
Alergie:			Dieta:			
	název léku	ráno	poledne	večer	noc	Poznámky
DENNÍ ROZPIS LÉKŮ						



VÝPIS ZE ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE ŽADATELE



U jakých odborných lékařů je pacient dispenzarizován?

Je v době pobytu plánovaná kontrola u odborného lékaře? ANO NE

kde: kdy : kdo zajistí:.....

kde: kdy : kdo zajistí:.....

Je zdravotní stav pacienta plně kompenzován?

- Ano
 Ne

V posledních 3 měsících byl pacient opakovaně hospitalizován?

- Ano kolikrát
 Ne

Má pacient infekční onemocnění?

- Ano jaké:
 Ne

Potřebuje pacient jinou péči?

- Ano jakou:
 Ne

Má pacient inkontinenci?

- Ano stupeň:
 Ne

Prodělal pacient v poslední době rehabilitační péči?

- Ano jakou:
 Ne

PODÁVÁNÍ LÉKŮ a ZDRAVOTNÍ ÚKONY

Na základě smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou pacientovi podává léky zdravotní sestra, která též provádí další odborné zdravotní úkony např. péče o rány, měření glykémie, péče o stomie, péče o PEG, atd.

Žádáme Vás proto o vystavení formuláře ORP na dobu pobytu.

INFORMACE PRO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Důvodem pro nepřijetí může být zdravotní stav, dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v platném znění, a to: Poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

Během pobytu se mohou vyskytnout změny zdravotního stavu. V případě této změny budete požádání o případnou změnu medikace, vystavení RCP příp. doplnění ORP poukazu.

V případě akutního zhoršení stavu pacienta je standardně přivolána RZS.

V dne

Razítko a podpis lékaře

Kód pojišťovny	požaduje díl A	IČP	Datum	Pořadové číslo poukazu nepřerušené ORP:
		Odbornost		

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ ORP

Platnost do:

Pacient			
Č. pojištěnce		Základní diagnóza	
Variabilní symbol		Ost. dg.	
		Kód náhrady	

razítko a podpis požadujícího

Mobilita pacienta plná omezená zcela imobilní

Smyslové omezení:

Přiznaný stupeň závislosti na pomoci jiných osob:

I. II. III. IV.

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu

plná omezená žádná

Údaje o současné medikaci, způsobu její aplikace, včetně aplikace inzulínu:

Způsob podávání stravy / výživy:

Další informace:

Cíl předepsané ORP, kterého má být dosaženo:

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni, frekvence v týdnu a délky trvání) 22:00 až 06:00 so, ne

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl
díl B

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum	Kód	Poč.
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		

Datum	Kód	Poč.
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		

Datum	Kód	Poč.
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		

Dne:

razítko a podpis



POUČENÍ a POKYNY K VYPLNĚNÍ ORP



ZDRAVOTNÍ ÚKONY prováděné zdravotní sestrou v zařízení soc. služeb (nutné řádně vyplnit formulář ORP)

Podávání léků a další odborné zdravotní výkony provádí všeobecná zdravotní sestra na základě poukazu ORP, který vyplňuje praktický lékař.

Formulář ORP lze stáhnout z webových stránek: <https://www.hospic-cercany.cz/sluzby/pobytove-odlehcovaci-sluzby/>

Kód výkonu	Název
06611	Zavedení nebo ukončení zdravotní péče, administrativní činnost zdravotní sestry
06613	Ošetrovatelská intervence do 10 minut (aplikace inzulínu, podání léků, převaz, proplach, ...)
06645	Bonifikační kód za práci sestry v době od 22.00 do 6.00 hodin
06649	Práce v době pracovního volna nebo klidu
06620	Podání léků per os (pravidelné podávání léků) NUTNO VYPSAT LÉKY A DÁVKOVÁNÍ
06621	Odběr biologického materiálu (odběry, glykémie, ...) NA ODBĚRY NUTNO VYPSAT ŽÁDANKU A DATUM ODBĚRU; ČETNOST GLYKÉMIE MĚŘENÉ GLUKOMETREM (max. 3x/den)
06623	Aplikace léčebné terapie I.M., S.C., I. V., UV NUTNO VYPSAT LÉK A DÁVKOVÁNÍ (max. 4x/den)
06624	Podání I.V. terapie
06625	Podání infuzní terapie (max. 3x/den)
06627	Inhalační léčebná terapie, oxygenoterapie (max. 3x/den)
06629	Péče o ránu (max. 3x/den) NUTNO VYPSAT TYP RÁNY, UMÍSTĚNÍ, VELIKOST, ZPŮSOB OŠETŘENÍ
06631	Klyzma a laváže (max. 3x/den)
06632	Laváže a zavedení PKM
06633	Zavedení novogastrické sondy (max. 1x/den)
06635	Vyšetření stavu pacienta přístroj technikou, ošetření kožních lézí přístroj technikou (max. 1x/den)
06639	Ošetření stomií (max. 3x/den)
06641	Odsátí sekretu z dýchacích cest

POKYNY K VYPLNĚNÍ ORP

1	Nutno řádně vyplnit hlavičku poukazu včetně data vystavení, data platnosti poukazu, razítka a podpisu PL
2	Nutno vyplnit informace o pacientovi - medikace, mobilita, sebeobsluha
3	Nutno vypsát cíl péče
4	U každého kódu nutno vypsát nejen číselný kód, ale i ROZSAH PÉČE A ČETNOST

Děkujeme za spolupráci