



ŽÁDOST O PŘIJETÍ

do domácího hospice
do lůžkového hospice



Pacient	Jméno, příjmení, tituly		Zdravotní pojišťovna			
	Rodné číslo	Datum narození	Povolání (původní)			
	Adresa trvalého bydliště		Telefon			
	Adresa současného pobytu		E-mail			
Ošetřující lékař	Praktický lékař		Odborný lékař			
	Název, adresa pracoviště		Název, adresa pracoviště (vč. kliniky a oddělení)			
	Telefon:		Telefon:			
	E-mail:		E-mail:			
Sociální situace	Rodinný stav svobodný/á ženatý / vdaná rozvedený/á ovdovělý/á druh / družka					
	Pacient žije sám Ano Ne, uveďte s kým:					
	Zodpovědná osoba a ručitel za péči a úhradu (určená pacientem) Jméno, příjmení, titul		Vztah k pacientovi			
	Adresa		Telefon			
			E-mail			
Příspěvek na péči Ano, pacient má přiznaný stupeň závislosti (uveďte): je podaná žádost Ne						
Informovanost Hospitalizační historie	Pacient je informován o svém zdravotním stavu?		Ano, plně	Ano, částečně	Ne	
	Zodpovědná osoba je informována o zdravotním stavu pacienta?		Ano, plně	Ano, částečně	Ne	
	Pacient má stanovený plán další péče/léčby?		Ano	Uveďte:	Ne	
	Pacient má stanovený termín kontroly u odborného lékaře?		Ano	Uveďte:	Ne	
	V posledních 3 měsících byl pacient hospitalizovaný?		Ano	1x 2-3x >3x	Ne	
	V posledním měsíci: Byl pacient v ambulantní péči praktického nebo odborného lékaře?		Ano	praktický lékař	odborný lékař	Ne
	Byla aplikovaná chemoterapie?		Ano			Ne
Byla aplikovaná radioterapie?		Ano			Ne	
Musel pacient vyhledat lékařské vyšetření?		Ano	1x 2-3x >3x		Ne	
		Důvod:				

Diagnózy, indikace k hospicové péči	Základní diagnóza (datum dg., rozsah postižení, měsíc/rok ukončení nemoc-specifické léčby, prognóza v době žádosti)					
	Paliativní péče již probíhala Ano (přiložte zprávu)					Ne
	Paliativní konzilium provedeno Ano (přiložte zprávu)					Ne
	Důvod žádosti o přijetí do hospicové péče terminální fáze onemocnění <input type="checkbox"/> dočasná / respitní hospitalizace (od-do): terminální stav <input type="checkbox"/> jiný, uveďte:					
	Komorbidity (další nemoci významné pro prognózu pacienta)					
Plánované lékařské kontroly <input type="checkbox"/> Ano, uveďte:					<input type="checkbox"/> Ne	
Infekční onemocnění (HBV, HCV, HIV, MRSA, C. difficile, aj.) <input type="checkbox"/> Ano, uveďte:					<input type="checkbox"/> Ne	
Žadatel	<input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> blízká osoba <input type="checkbox"/> praktický/odborný lékař <input type="checkbox"/> zdravotnické zařízení <input type="checkbox"/> sociální zařízení					
Pacient je před přijetím	<input type="checkbox"/> doma (datum poslední hospitalizace, přiložte zprávu) <input type="checkbox"/> ve zdravotnickém zařízení (název, oddělení, adresa, telefon, e-mail) <input type="checkbox"/> jinde (adresa, telefon, e-mail)					
Současný stav pacienta	Hlavní problém pacienta:					
	Posouzení závislosti					
	<input type="checkbox"/> Imobilita		<input type="checkbox"/> sám se nepřesune z lůžka na židli		<input type="checkbox"/> sám se nenají anebo nenapije	
	<input type="checkbox"/> Inkontinence (moče, stolice)		<input type="checkbox"/> sám se neoblékne		<input type="checkbox"/> sám nevykoná hygienu	
	Hodnocení výkonnostního stavu					
	<input type="checkbox"/> Pacient je chodící, aktivní, ambulantní, postará se o většinu svých potřeb, občas potřebuje pomoc					
	<input type="checkbox"/> Pacient je na lůžku nebo v křesle > 50% denní doby, schopen omezené péče o sebe, nutná aktivní pomoc a péče					
	<input type="checkbox"/> Pacient je ležící, neschopen péče o sebe, nezbytná aktivní zdravotní péče (ošetřovatelská, lékařská)					
	Porucha vědomí <input type="checkbox"/> Ano, uveďte <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Kóma					<input type="checkbox"/> Ne
	Dekubity/rány <input type="checkbox"/> Ano, uveďte:					<input type="checkbox"/> Ne
	Příjem tekutin za den:		ml		Příjem jídla za den: % porce (0-100%)	
Hodnocení závažnosti příznaků		Žádná	Nízká	Střední	Vysoká	Užívá léky (pokud ANO, uveďte jaké / NE)
	Bolest					
	Dušnost					
	Nauzea/zvracení					
	Nechutenství					
	Únava/slabost					
	Deprese/úzkost					
	Ospalost					
Další obtíže/příznaky:						
Datum, jméno, podpis osoby (která žádost vyplnila)						
Vyjádření Hospice Dobrého Pastýře Čerčany k žádosti (datum, razítko, podpis lékaře)						

Součástí žádosti je informovaný souhlas s přijetím do péče Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY
S PŘIJETÍM DO PÉČE HOSPICE DOBRÉHO PASTÝŘE ČERČANY**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou paliativní péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení lékařem o mém zdravotním stavu a jeho prognóze. Jsem seznámen s povahou a účelem hospicové paliativní léčby, jejími možnostmi a alternativách, jakož i s důsledky a riziky svého rozhodnutí, že mi nadále bude poskytována hospicová paliativní péče.

Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové paliativní péče je především kvalita života a respekt k osobní důstojnosti. Jsem si vědom/a, že budou používány léčebné postupy, jejichž cílem je úleva od nepříjemných projevů nemoci a poskytnutí maximálního pohodlí. Beru na vědomí, že nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou ani zvrátit průběh onemocnění, ani zlepšit kvalitu života (např. zaměřené na obnovu nebo léčbu selhávajících orgánů).

Mé dříve vyslovené přání dle § 36 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, je, aby se péče řídila výše uvedenými cíli léčby i v případě zhoršení mého zdravotního stavu, které mi znemožní podílet se na rozhodování o další péči. Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemné poučení ze strany lékaře dle bodu 5 resp. 6 přílohy 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

Výslovně souhlasím s použitím svých osobních zdravotních a citlivých údajů pro potřeby Hospice Dobrého Pastýře. Byl/a jsem seznámen/a s "Informacemi před přijetím". Souhlasím s úhradou za pobyt dle platného ceníku.

Jméno a příjmení pacienta/ky: Rodné číslo pacienta/ky:

V dne Podpis pacienta/ky

Není-li pacient/ka schopen/a podepsat informovaný souhlas s ohledem ke svému zdravotnímu stavu, udělí souhlas osoba určená pacientem podle § 33 odst. 1 Zákona o zdravotních službách. Není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, rodiče nebo jiné svéprávné osoby blízké.

Jméno a příjmení pacienta/ky: Rodné číslo pacienta/ky:

V..... dne

Podpis osoby určené pacientem/kou či jiné osoby (vztah)

Podpis svědka dříve vysloveného přání dle § 36 odst. 4 Zákona o zdravotních službách

Žádost o přijetí můžete podat osobně nebo poštou (TŘI, z.ú., Sokolská 584, 257 22 Čerčany), faxem (317 700 903), e-mailem (domácí hospic domaci@hospic-cercany.cz, lůžkový hospic luzkovy@hospic-cercany.cz).
Kontaktujte v případě dotazů sociální pracovníky osobně nebo telefonicky (domácí hospic 605 110 221, lůžkový hospic 731 461 124, 317 777 381).

Přiložte zdravotní dokumentaci pacienta k žádosti. Dokumentace musí obsahovat anamnézu, souhrn základního onemocnění (vč. data ukončení nemoc-specifické léčby), výsledky vyšetření, záznam paliativního konzilia anebo souhrn průběhu paliativní péče a aktuálně užívané léčivé přípravky. Uvedené informace obvykle obsahují lékařské propouštěcí zprávy anebo lékařské zprávy vystavené praktickým nebo odborným lékařem pro účely žádosti.

Součástí žádosti je informovaný souhlas s přijetím do péče Hospice Dobrého Pastýře Čerčany.

Ponechte zavedené nitrožilní vstupy aj. in situ. Infekční nemoci nejsou kontraindikací přijetí k hospitalizaci.

Transport pacienta k hospitalizaci naplánujte tak, aby příjem do našeho zařízení byl uskutečněn nejpozději do 12.00 plánovaného dne přijetí.