



# ŽÁDOST O SLUŽBU AMBULANCE PALIATIVNÍ MEDICÍNY



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? Byla aplikovaná chemoterapie? Byla aplikovaná radioterapie? Musel pacient vyhledat lékařské vyšetření?		Ano Ano Ano Ano	praktický lékař odborný lékař 1x 2-3x >3x	Ne Ne Ne Ne

<b>Diagnózy, indikace</b>	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	
<b>Žadatel</b>	<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							
<b>Pacient je momentálně</b>	<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)							
<b>Současný stav pacienta</b>	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%)							
	<b>Hodnocení závažnosti příznaků</b>			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)								