## Vyjádření lékaře

## o zdravotní stavu klienta, žádajícího o umístění v Senior Centru Čtyřlístek

Klient:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| jméno, příjmení, titul |  | | rodné příjmení |  |
| datum narození |  | | místo narození |  |
| bydliště (ulice, č.p., město, PSČ) | |  | | |

Anamnéza:

|  |
| --- |
|  |

Objektivní nález:

|  |
| --- |
|  |

Duševní stav (popř. projevy narušující kolektivní soužití)

|  |
| --- |
|  |

Diagnózy (česky vč. číselného označení)

|  |
| --- |
| hlavní |
| ostatní choroby nebo chorobné stavy |

Léky (název léku, síla léku, způsob podání, frekvence užívání)

|  |
| --- |
|  |

Dohled specializovaného oddělení zdravotnického zařízení (pokud ano, vypište kde)

|  |  |
| --- | --- |
| plicní | interna |
| diabetologie | ortopedie |
| oční | chirurgie |
| psychiatrie | hematologie |
| neurologie | alkoholicko-tox. poradna |
| jiné | |

Přílohy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANO | NE | popis RTG snímku plic, pokud je indikován. V případě onemocnění hrudních orgánů musí být přiloženo i vyjádření územně příslušného odporného lékaře pro nemoci plicní a tuberkulózy |
| ANO | NE | výsledky vyšetření na bacilonosičství, pokud je indikováno. |
| ANO | NE | výsledky posledních vyšetření, pokud je žadatel pod dohledem odborného lékaře – psychiatra, neurologa aj. |

Aktuální stav klienta (zatrhněte variantu odpovídající skutečnosti)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| orientace osobou | *plně* | | | *částečná* | | *není* | | |
| orientace místem | *plně* | | | *částečná* | | *není* | | |
| orientace časem | *plně* | | | *částečná* | | *není* | | |
| komunikace | *dobrá* | | | *horší* | | *nekomunikuje* | | |
| důvod narušené komunikace | |  | | | | | | |
| chůze | *samostatná* | | | *s pomůckou* | | *imobilní* | | |
| pomůcky | *hůl* | | *berle* | *chodítko nízké* | *chodítko vysoké* | | *invalidní vozík* | *polohovací lůžko* |
| Inkontinence moč | *ANO* | | *NE* | *stupeň* | | | | |
| Inkontinence stolice | *ANO* | | *NE* |  | | | | |

Potřeba pomoci klienta (zatrhněte variantu odpovídající skutečnosti)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| oblékání a svlékání | *ANO* | *NE* | ranní a večerní toaleta | *ANO* | *NE* |
| přesun na invalidní vozík | *ANO* | *NE* | použití WC | *ANO* | *NE* |
| změna polohy na lůžku | *ANO* | *NE* | použití inkon. pomůcky | *ANO* | *NE* |
| stravování | *ANO* | *NE* | holení | *ANO* | *NE* |
| koupání, sprchování | *ANO* | *NE* |  |  |  |
| potřebuje zvláštní pomoc – specifikujte |  | | | | |

Schopnost podpisu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| klient schopen podpisu | *ANO* | *NE* |

Očkování (datum posledního)

|  |  |
| --- | --- |
| Tetanus |  |
| Pneumo 23 |  |
| Jiné |  |

Alergie (alergen a druh reakce)

|  |
| --- |
|  |

Dne:………………………………….. ……………………………………………………………..

podpis a razítko registrujícího lékaře

Vyjádření lékaře Senior Centra Čtyřlístek

|  |
| --- |
|  |

Dne:………………………………….. ……………………………………………………………..

podpis a razítko lékaře SC Čtyřlístek