

**INFORMACE PRO ZDRAVOTNÍ ÚSEK  
DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ALMA MATER, O.P.S.  
( vyplní zájemce/rodina )**



DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ALMA MATER, O.P.S.

Dukelská 1142 , Nové Strašecí , 27101

IČO:02320690

EMAIL : [dsnovestraseci@seznam.cz](mailto:dsnovestraseci@seznam.cz) tel.: +420 734750821

**Žadatel/ka:** .....

**1.KONTAKT NA BLÍZKÉ OSOBY: manžel (ka), rodiče, děti atd.**

**JMÉNO, PŘÍJMENÍ:** .....

**ADRESA:** .....

**PŘÍBUZENSKÝ VZTAH:** ..... **TELEFON, EMAIL:** .....

**JMÉNO, PŘÍJMENÍ:** .....

**ADRESA:** .....

**PŘÍBUZENSKÝ VZTAH:** ..... **TELEFON, EMAIL:** .....

**2.Způsobilost:**      **Plná**    -    **Omezená**    /hodící se zakroužkujte/

<b>Zákonný zástupce:</b> Jméno a příjmení	Příbuzenský vztah k žadateli:	Bydliště:	Telefon: / E-mail:

**3.Zdravotní péče:**

<b>Máte zájem zůstat v péči svého praktického lékaře?</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Budete požadovat registraci u praktického lékaře v místě?</b> /do Domova pravidelně dojíždí a ordinuje praktický lékař/	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Vyžaduje Váš zdravotní stav doprovod k lékaři?</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Je Vaše rodina dopravu ochotna zajistit?</b> /pouze v případě, že doprava nebude indikována sanitou/	<b>ANO</b>	<b>NE</b>

**4.Jste kuřák?**                      **ANO**                      **NE**                      počet cigaret/den :

**5.Držitel průkazu :**              **TP**               **ZTP**               **TTP/P**

**Vyjádření ošetřujících lékařů k vhodnosti umístění pacienta do Domova se zvláštním režimem.**

**1) Registrující praktický lékař:**

Umístění je: a) vhodné

b) nevhodné

c) s výhradami, jakými:

**2) Ošetřující psychiatr:**

Umístění je: a) vhodné

b) nevhodné

c) s výhradami, jakými:

**3) Ostatní ošetřující lékaři:**

Umístění je: a) vhodné

b) nevhodné

c) s výhradami, jakými:

**6.U jakých lékařů nebo v jakých zdravotnických zařízeních se léčíte?**

(jméno lékaře, adresa + tel. kontakt do zařízení a případný termín plánované kontroly)

<b>Diabetolog:</b>
<b>Kardiolog:</b>
<b>Neurolog:</b>
<b>Urolog:</b>
<b>Kožní lékař:</b>
<b>další:</b>

V ..... dne .....

.....

**Podpis žadatele/ zákonného zástupce**

## VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE O ZDRAVOTNÍM STAVU ŽADATELE

### O UMÍSTĚNÍ DO DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM ALMA MATER, O.P.S.

*vyplní praktický lékař (u kterého je žadatel registrován)*

1. Žadatel/ka: .....  
příjmení + jméno ..... rodné příjmení

rodné číslo: .....

bydliště: .....

zdravotní pojišťovna: .....

2. Anamnéza (rodinná, osobní, alergie):

3. Objektivní nález (status praesens generalis: v případě orgánového postižení i status localis):

4. Duševní stav, demence aj. (popř. projevy narušující kolektivní soužití):

5. Diagnóza (česky) -a) hlavní  
b) ostatní choroby nebo chorobné stavy

- a)
- b)
- c)
- d)

Statistická značka **hlavní i vedlejších** chorob podle mezinárodního seznamu !!

**6. Medikace, rozpis užívání léků:** (vypište veškerou medikaci včetně dávkování)

Je schopen sám užívat léky? (aplikace inzulínu apod.)

ano ne 

Název léku	Dávkování	Název léku	Dávkování
➤		➤	
➤		➤	
➤		➤	
➤		➤	
➤		➤	
➤		➤	

**7. Hodnocení :**

<b>Sluch</b>	normální	
	nedoslýchá	
	zbytky sluchu	
	neslyší	
<b>Zrak</b>	normální	
	zhoršené vidění	
	zbytky zraku	
	nevidomý	
<b>Používá kompenzační pomůcky</b>	hole	
	chodítka	
	invalidní vozík	
<b>Kontinence moči</b>	plně kontinentní	
	občas inkontinentní	
	Inkontinentní	
	PMK	
<b>Kontinence stolice</b>	plně kontinentní	
	občas inkontinentní	
	inkontinentní	

Defekty kůže	dekubity	
	opruzeniny	
	jiné	

8. Dietní opatření: .....

9. Očkování:

Engerix- B: NE ANO kdy:	Influvac NE ANO kdy:	Pneumo 23 NE ANO kdy:	TAT NE ANO kdy:	Jiné:
----------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------	-------

**Před nástupem do Domova prosíme doložit: odběr krve na protilátky hepatitidy, výtěr z konečnicku a z krku, rtg srdce a plíce - výsledky nesmí být starší 3 měsíce.**

10. Aktuální stav žadatele

- Je schopen chůze bez cizí pomoci  ANO  NE
- Je upoután trvale – převážně na lůžko  ANO  NE
- Je schopen polohy v sedě, v křesle  ANO  NE
- Je schopen sám se najíst, napít  ANO  NE
- Zvládne se samostatně osprchovat  ANO  NE
- Používá WC křeslo u lůžka  ANO  NE
- Používá inkontinenční pomůcky  ANO  NE

11. Další speciální údaje, např.:

HB s Ag ANO - NE

TBC ANO - NE

Abusus alkoholu ANO - NE

Abusus toxických látek ANO - NE

Patologické hráčství ANO - NE

12. Vyjádření lékaře o vhodnosti umístění žadatele do Domova se zvláštním režimem Alma Mater,o.p.s. :

Dne:

\_\_\_\_\_ podpis a razítko vyšetřujícího lékaře