

**VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE**

o zdravotním stavu žadatele o odlehčovací službu dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. **Vyjádření nesmí být starší než 14 dní před zahájením poskytování služby.**

**Toto vyjádření a zároveň Poukaz ORP od praktického lékaře musí žadatel doložit nejpozději 2 dny před zahájením poskytování služby.**

Žadatel:	
Jméno, příjmení, datum narození:	
Bydliště:	
Den zahájení poskytování služby:	

**Důležité informace:**

*V odlehčovací službě je možno umístit uživatele, jehož zdravotní stav je stabilizován a nevyžaduje stálý lékařský dohled. V zařízení není přítomen lékař, zajišťujeme zdravotní péči pouze v denních hodinách, v nočních hodinách je zajišťována prostřednictvím RZS.*

*Uživatel zůstává po dobu pobytu v péči registrujícího praktického lékaře, který s uvedenou skutečností souhlasí a bude, v případě potřeby, po dobu pobytu uživatele:*

- zajišťovat návštěvy u lůžka při zhoršení zdravotního stavu*
- předepisovat potřebné léky a jiné léčivé přípravky, převazový materiál, pomůcky pro inkontinenci, případně zajištění poukazu k přepravě při nutné hospitalizaci uživatele*

*Zatajení některých závažných skutečností ve zdravotním stavu může vést k zamítnutí poskytnutí služby v dohodnutém termínu nebo k předčasnému ukončení Smlouvy o poskytování odlehčovací služby.*

*Vyjádření lékaře bude uloženo v dokumentaci a poslouží pro případnou hospitalizaci. Zahrnuje současný zdravotní stav zájemce o službu a je aktualizován před zahájením poskytování odlehčovací služby, pokud dojde ke změně zdravotního stavu.*

**Souhrn diagnóz a lékové alergie:**

--

**Poslední medikace (injekčně i lokálně aplikovaná léčiva) – rozpis a dávkování:****Údaje o žadateli:**

Dieta: .....

Alergie na potraviny: .....

Má diagnostikovanou demenci:  ANO\*  NE

\*specifikace (typ a stupeň): .....

Trpí závislostí na alkoholu nebo návykových látkách, jejíž projevy by mohly narušovat kolektivní soužití:

 ANO  NEMá mentální postižení, jehož projevy by mohly narušovat kolektivní soužití?  ANO\*  NE

\*specifikace (závažnost, stupeň): .....

Trpí jiným chronickým duševním onemocněním?  ANO\*  NE

\*specifikace: .....

Je nositelem infekčního onemocnění v akutním stádiu?  ANO\*  NE

(např. MRSA, žloutenka, ...)

\*specifikace: .....

Je v inkubační ochranné lhůtě:  ANO  NEUmožňuje jeho zdravotní stav pobyt v našem zařízení, tj. bez lékařské péče?  ANO  NEMá dekubity?  ANO\*  NE Nastavená léčba: .....

\*specifikace (lokalizace, velikost, stupeň): .....

Orientace:  orientovaná/ý dezorientovaná/ý:  osobou  časem  místem**Psychický stav (projevy narušující kolektivní soužití):**

**Dohled odborného lékaře** (*uved'te jakého + v jakém rozsahu je péče poskytována*):

Datum:

Razítko a podpis lékaře: