

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:

Do odlehčovací služby je možno přijmout uživatele, jehož zdravotní stav je stabilizován a nevyžaduje stálý lékařský dohled. V zařízení není přítomen lékař, zajišťujeme zdravotní péči zdravotní sestrou pouze v denních hodinách. V nočních hodinách je zajišťována zdravotní péče prostřednictvím rychlé záchranné služby nebo službami mobilního hospice.

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

- komunikovat se zdravotní sestrou odlehčovací služby telefonicky nebo emailem, bude-li to nezbytné,
- předepisovat potřebné léky a jiné léčivé přípravky, převazový materiál, pomůcky pro inkontinenci, případně zajištění poukazu k přepravě při nutné hospitalizaci uživatele ve zdravotnickém zařízení.

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 zdravotní sestry a poslouží pro případnou hospitalizaci. Zahrnuje současný zdravotní stav zájemce o službu.

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? (např. MRSA, žloutenka, ...) ANO* NE

*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 (uvedte jakého + v jakém rozsahu je péče poskytována):**

Datum:

Razítko a podpis lékaře: