

## VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE K UMÍSTĚNÍ KLIENTA DO ZAŘÍZENÍ RESPITNÍ PÉČE

**Jméno a příjmení:** ..... zdravotní pojišťovna: .....  
**Adresa:** ..... **rodné číslo:** ..... / .....  
**Tel.kontakt:** .....

### Diagnóza:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Epidemiologická anamnéza (kontakt nebo prodělané TBC onemocnění, poslední RTG plic) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Objektivní nález:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Psychický stav (zejména projevy narušující kolektivní soužití):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Poslední laboratorní výsledky (uvést datum odběrů) – KO, Na, K, Urea, Krea, ALT, INR, GP :

KO:	Na:	K:	Urea:
Krea:	ALT:	INR:	GP: (u pac. na inz.)

Odběry ne starší 3 měsíců.

.....

**Doporučená dieta:** .....

**ALERGIE\*:** ANO NE JAKÉ: .....

\*nehodící se škrtněte

INKONTINENCE\*: ANO NE

moč

stolice

obojí

Předpis pomůcek pro inkontinentní\*:

ANO NE

JAKÉ: .....

**Používané kompenzační pomůcky (níže uvedené varianty zatrhněte) :**

vycházková hůl

francouzské berle

chodítko

invalidní vozík

ortézy

jiné .....

**Léky, které klient užívá včetně injekčně i lokálně aplikovaných léčiv (včetně dávkování) :**

**Doporučená vyšetření v době pobytu v zařízení:**

**Je klient v péči specializované ambulance? Uvedte prosím, jméno lékaře či název zařízení? (uvedte případné kontroly):** .....

## Informace pro lékaře:

V zařízení je možno umístit klienta, jehož zdravotní stav je stabilizovaný a nevyžaduje stálý lékařský dohled.

Jedná se o zařízení sociální, kde si klient hradí pobyt včetně služeb a stravy.

V zařízení respitní péče není přítomen lékař, klient zůstává i po dobu pobytu v zařízení v péči registrujícího praktického lékaře, který s uvedenou skutečností souhlasí a bude, po dobu pobytu klienta:

- zajišťovat návštěvy u lůžka v případě zhoršení zdravotního stavu,
- předepisovat potřebné léky a jiné léčivé přípravky, převazový materiál, pomůcky pro inkontinentní,
- v případě transportu klienta do léčebného zařízení vypisuje poukaz na přepravu,
- dále vypisuje žádanky na doporučené laboratorní vyšetření (odběry provádí pracovníci respitní péče)

Prosíme Vás laskavě o vyplnění předepsaných náležitostí, neboť mají vliv na rozhodnutí o přijetí klienta v zařízení respitní péče.

**S UMÍSTĚNÍM KLIENTA\***

**SOUHLASÍM**

**NESOUHLASÍM**

Datum

podpis a razítko lékaře

\*nehodící se škrtněte